

Eötvös Loránd Tudományegyetem  
Pedagógiai és Pszichológiai Kar

## DOKTORI (PhD) DISSZERTÁCIÓ

FARKAS JUDIT

### **A nagyivás alkoholfogyasztási motivációinak longitudinális vizsgálata**

2014

Szerző: **Farkas Judit**

Cím: **A nagyivás alkoholfogyasztási motivációinak  
longitudinális vizsgálata**

Témavezető: **Prof. Dr. Demetrovics Zsolt**, egyetemi tanár, Eötvös  
Loránd Tudományegyetem

Doktori iskola: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és  
Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola

Doktori program: Személyiség- és Egészségpszichológiai Program

Doktori iskola és  
program vezetője: **Prof. Dr. Oláh Attila**, egyetemi tanár, MTA CSc

A Bíráló Bizottság tagjai:

Elnök: **Prof. Dr. Molnár Márk**, egyetemi tanár, DSc, Eötvös Loránd  
Tudományegyetem, MTA Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai  
Intézet

Bírálók: **Dr. Hoyer Mária**, egyetemi docens, Semmelweis Egyetem  
**Dr. Lisznai Sándor**, egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd  
Tudományegyetem

Titkár: **Dr. Balázs Judit**, habil. egyetemi docens, Eötvös Loránd  
Tudományegyetem

Tagok: **Dr. Elekes Zsuzsanna**, egyetemi tanár, DSc, Budapesti Corvinus  
Egyetem  
**Prof. Dr. Bányai Éva**, egyetemi tanár, CSc, Eötvös Loránd  
Tudományegyetem  
**Gyöngyösiné Prof. Dr. Kiss Enikő**, egyetemi tanár, Pécsi  
Tudományegyetem

Benyújtás dátuma: 2014. június



# TARTALOMJEGYZÉK

---

Táblázatok jegyzéke .....	7
Ábrák jegyzéke .....	8
Köszönetnyilvánítás.....	9
Bevezető.....	11
Elméleti rész.....	14
<b>1 Az alkoholfogyasztás mintázatai .....</b>	<b>15</b>
<b>2 A nagyivás .....</b>	<b>17</b>
2.1 A nagyivás definíciója.....	17
2.2 A nagyivás epidemiológiája .....	19
2.3 Nagyivás, mint folyamat – longitudinális megközelítések.....	20
2.4 A nagyivás korrelátumai.....	22
2.4.1 Nemi különbségek.....	22
2.4.2 Család és kortársak.....	23
2.4.3 Iskolázottság.....	25
2.4.4 Alkoholfajták.....	25
<b>3 Etiológia.....</b>	<b>26</b>
3.1 Biológiai tényezők és tipológiák .....	26
3.1.1 Idegrendszeri kutatások.....	28
3.1.2 Genetikai vizsgálatok .....	29
3.1.3 Neurofiziológiai kutatások .....	31
3.1.4 Nemi különbségek a biológiai háttér tekintetében.....	32
3.2 Szociokulturális tényezők.....	33
3.2.1 Szocio-ökonómiai jellemzők és gazdasági helyzet szerepe .....	33
3.2.2 Kulturális különbségek és a vallás szerepe.....	34
3.2.3 Társadalmi szerepek .....	36
3.3 Személyiségbeli tényezők .....	37
3.3.1 Szenzoros élménykeresés és impulzivitás .....	37
3.3.2 Szorongás, depresszió és komorbiditás .....	39
3.3.3 Öngyógyítás .....	40
3.4 Kognitív - és tanuláselméleti megközelítések .....	41
3.4.1 Az alkohollal kapcsolatos elvárások és motívumok .....	42
3.4.2 Implicit és explicit kogníciók .....	44
<b>4 Az alkoholfogyasztás motivációs elmélete .....</b>	<b>46</b>
4.1 Alkoholfogyasztási motivációk korrelátumai.....	48
4.1.1 Alkoholfogyasztás mértéke, következményei és a motivációk.....	48
4.1.2 Nem, kor és az alkoholfogyasztási motivációk.....	50
4.1.3 Személyiségváltozók és az alkoholfogyasztási motivációk.....	51
4.2 Eddigi longitudinális vizsgálatok .....	53

4.3	Pszichopatológiai tünetek és motivációk – szisztematikus áttekintés .....	55
4.3.1	Módszer.....	56
4.3.2	Áttekintés .....	58
4.3.3	Konklúziók.....	61
<b>5</b>	<b>Következtetések.....</b>	<b>63</b>
	<b>Empirikus vizsgálatok.....</b>	<b>66</b>
<b>6</b>	<b>Vizsgálatok célja és felépítése.....</b>	<b>67</b>
6.1	Keresztmetszeti kutatások .....	67
6.2	Longitudinális kutatások .....	68
<b>7</b>	<b>Keresztmetszeti vizsgálatok.....</b>	<b>70</b>
7.1	DMQ-R kérdőív faktorstruktúrájának ellenőrzése négy különböző mintán.....	70
7.1.1	Célkitűzés .....	70
7.1.2	Módszer.....	70
7.1.3	Eredmények.....	76
7.1.4	Diszkusszió .....	80
7.2	Motivációk bejósoló ereje a nagyivásra négy különböző mintán.....	83
7.2.1	Célkitűzés .....	83
7.2.2	Módszer.....	83
7.2.3	Eredmények.....	84
7.2.4	Diszkusszió .....	86
7.3	Motivációs profilok négy mintán .....	89
7.3.1	Célkitűzés .....	89
7.3.2	Módszer.....	89
7.3.3	Eredmények.....	90
7.3.4	Diszkusszió .....	93
<b>8</b>	<b>Longitudinális vizsgálatok.....</b>	<b>97</b>
8.1	DMQ-R kérdőív időbeli stabilitás vizsgálata két korcsoportban.....	97
8.1.1	Célkitűzés .....	97
8.1.2	Módszer.....	97
8.1.3	Eredmények.....	101
8.1.4	Diszkusszió .....	103
8.2	Motivációk időbeli változása és hosszútávú hatása a nagyivásra.....	104
8.2.1	Célkitűzés .....	104
8.2.2	Módszer.....	104
8.2.3	Eredmények.....	105
8.2.4	Diszkusszió .....	107
8.3	Pszichopatológiai tünetek hosszú távú hatása a motivációkon keresztül .....	109
8.3.1	Célkitűzés .....	109
8.3.2	Módszer.....	109
8.3.3	Eredmények.....	111
8.3.4	Diszkusszió .....	116

<b>9</b>	<b>Összegzés .....</b>	<b>119</b>
9.1	Keresztmetszeti vizsgálatok eredményeinek összegzése: .....	119
9.2	Longitudinális vizsgálatok eredményeinek összegzése:.....	120
<b>10</b>	<b>Következtetések .....</b>	<b>121</b>
<b>11</b>	<b>Irodalomjegyzék .....</b>	<b>124</b>

## TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

<b>1. TÁBLÁZAT:</b> ALKOHOLFOGYASZTÁS MOTIVÁCIÓS ELMÉLETE COOPER (1994) ALAPJÁN .....	48
<b>2. TÁBLÁZAT:</b> ALKOHOLFOGYASZTÁS MOTIVÁCIÓI (COOPER SZERINT) ÉS A BIG 5 SZEMÉLYISÉGVONÁSOK ÖSSZEFÜGGÉSE.....	52
<b>3. TÁBLÁZAT:</b> SZISZTEMATIKUS ÁTTEKINTÉS SORÁN FELDOLGOZÁSRA KERÜLŐ PUBLIKÁCIÓK.....	57
<b>4. TÁBLÁZAT:</b> A NÉGY VIZSGÁLT MINTA (HS, CS, AS, CLIN) LÉTSZÁMÁNAK ALAKULÁSA.....	74
<b>5. TÁBLÁZAT:</b> A DMQ-R-SF TÉTELEINEK SZTENDERDIZÁLT FAKTORTÖLTÉSEI A KONFIRMÁCIÓS FAKTORELEMZÉS NYOMÁN .....	78
<b>6. TÁBLÁZAT:</b> A DMQ-R-SF KÉRDŐÍV MEGBÍZHATÓSÁGI (CRONBACH-ALFA) MUTATÓ, SKÁLA ÁTLAGOK ÉS SZÓRÁSOK NÉGY MINTÁBAN.....	78
<b>7. TÁBLÁZAT:</b> ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK ÁTLAGBELI KÜLÖNBSÉGEI A KÉT NEMET ILLETŐEN, HÁROM KORCSOPORTBAN.....	80
<b>8. TÁBLÁZAT:</b> KORRELÁCIÓS ÉRTÉKEK AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK ÉS AZ ALKOHOLFOGYASZTÁST MÉRŐ VÁLTOZÓK KÖZÖTT, NÉGY MINTÁN .....	85
<b>9. TÁBLÁZAT:</b> TÖBBSZÖRÖS LINEÁRIS REGRESSZIÓS ELEMZÉS EREDMÉNYEI AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK ÉS AZ ALKOHOLFOGYASZTÁST MÉRŐ VÁLTOZÓK KÖZÖTT, NÉGY MINTÁN .....	86
<b>10. TÁBLÁZAT:</b> A MOTIVÁCIÓKON VÉGREHAJTOTT LÁTENS PROFILELEMZÉS ILLESZKEDÉSI MUTATÓ KÜLÖNBÖZŐ SZÁMÚ PROFILOK ESETÉBEN.....	91
<b>11. TÁBLÁZAT:</b> LÁTENS PROFILOK KLASSZIFIKÁCIÓS TÁBLÁZATA.....	91
<b>12. TÁBLÁZAT:</b> A LÁTENS PROFILOK EREDETI MINTÁK ÉS NEMEK SZERINTI MEGOSZLÁSA .....	92
<b>13. TÁBLÁZAT:</b> LÁTENS PROFILELEMZÉS EREDMÉNYEI ÉS KOVARIÁNSOKKAL VALÓ ÖSSZEFÜGGÉSE .....	95
<b>14. TÁBLÁZAT:</b> UTÁNKÖVETETT EGYETEMISTA MINTA ÖSSZETÉTELE ÉS JELLEMZŐI.....	99
<b>15. TÁBLÁZAT:</b> UTÁNKÖVETETT KÖZÉPISKOLÁS MINTA ÖSSZETÉTELE ÉS JELLEMZŐI.....	100
<b>16. TÁBLÁZAT:</b> A DMQ-R-SF KÉRDŐÍV BELSŐ KONZISZTENCIÁJÁNAK IDŐBELI STABILITÁSA .....	101
<b>17. TÁBLÁZAT:</b> A DMQ-R-SF IDŐBELI MEGBÍZHATÓSÁGA .....	101
<b>18. TÁBLÁZAT:</b> A KÉT IDŐPONTBAN MÉRT ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK TÖBBSZÖRÖS LINEÁRIS REGRESSZIÓS ELEMZÉSE.....	102
<b>19. TÁBLÁZAT:</b> A KÉT IDŐPONTBAN MÉRT ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK ÉS ALKOHOLFOGYASZTÁSI INDIKÁTOROK VÁLTOZÁSA .....	106
<b>20. TÁBLÁZAT:</b> AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK HOSSZÚTÁVÚ HATÁSA AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS INDIKÁTORAIRA .....	107
<b>21. TÁBLÁZAT:</b> AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK ÉS PSZICHOPATOLÓGIAI TÜNETEK KORRELÁCIÓI .....	111

## ÁBRÁK JEGYZÉKE

---

<b>1. ÁBRA:</b> ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK ÁTLAGAI HÁROM KORCSOPORTBAN ÉS EGY KLINIKAI MINTÁN	79
<b>2. ÁBRA:</b> ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK HATÁSA AZ ALKOHOLLAL ÖSSZEFÜGGŐ PROBLÉMÁKKAL – HIPOTETIKUS MODELL.....	84
<b>3. ÁBRA:</b> AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK BEJÓSLÓ EREJE AZ AUDIT PONTSZÁM TEKINTETÉBEN NÉGY MINTÁN.....	88
<b>4. ÁBRA:</b> AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK BEJÓSLÓ EREJE A NAGYIVÁS TEKINTETÉBEN NÉGY MINTÁN	88
<b>5. ÁBRA:</b> A MOTIVÁCIÓK LÁTENS PROFILELEMZÉSÉNEK HIPOTETIKUS MODELLJE .....	90
<b>6. ÁBRA:</b> LÁTENS PROFILOK MOTIVÁCIÓS ÁTLAGAI A NÉGY MINTÁBAN .....	92
<b>7. ÁBRA:</b> A LÁTENS PROFILOK ÁTLAGÉRTÉKEI A VIZSGÁLAT KOVARIÁNSOK MENTÉN (KOR, NAGYIVÁS, PROBLÉMÁS ALKOHOLFOGYASZTÁS) .....	93
<b>8. ÁBRA:</b> MOTIVÁCIÓS PROFILOK SAJÁTOSSÁGAI ÖSSZEGEZVE .....	96
<b>9. ÁBRA:</b> A KÜLÖNBÖZŐ IDŐPONTOKBAN MÉRT ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK ÖSSZEFÜGGÉSE A KÉSŐBBI ALKOHOLFOGYASZTÁSI PROBLÉMÁKKAL - HIPOTETIKUS MODELL .....	105
<b>10. ÁBRA:</b> AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK MEDIÁLÓ SZEREPE AZ ELSŐ IDŐPONTBAN MÉRT PSZICHOPATOLÓGIAI TÜNETEK ÉS A KÉSŐBBI PROBLÉMÁS ALKOHOLHASZNÁLAT KÖZÖTT KÉT KORCSOPORTBAN.....	113
<b>11. ÁBRA:</b> AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK MEDIÁLÓ SZEREPE AZ ELSŐ IDŐPONTBAN MÉRT PSZICHOPATOLÓGIAI TÜNETEK ÉS A KÉSŐBBI PROBLÉMÁS ALKOHOLHASZNÁLAT KÖZÖTT KÖZÉPISKOLÁSOK KÖRÉBEN, NEMI KÜLÖNBBSÉGEKET VIZSGÁLVA.....	115
<b>12. ÁBRA:</b> AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK MEDIÁLÓ SZEREPE AZ ELSŐ IDŐPONTBAN MÉRT PSZICHOPATOLÓGIAI TÜNETEK ÉS A KÉSŐBBI PROBLÉMÁS ALKOHOLHASZNÁLAT KÖZÖTT EGYETEMISTÁK KÖRÉBEN, NEMI KÜLÖNBBSÉGEKET VIZSGÁLVA .....	116



## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

---

Mindenekelőtt szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, *Dr. Demetrovics Zsoltnak* a kitartó bizalomért és szakmai támogatásért. Nem csak a doktori kutatásom során, de szakmai identitásom fejlődésében is végigkísért, és minden fázisában szakértelemmel, türelemmel, rendületlen segítőkészséggel támogatott. Köszönöm Neki ezúton is, hogy kezdeti ötleteimet meghallgatta, kreatív megoldási javaslatokkal gazdagította, és hogy az elmúlt tíz év munkája és közös gondolkodása során sokat tanulhattam Tőle. Tudományos igényessége és a kutatói munka iránti elhivatottsága lelkesített az egyetemi és doktori tanulmányok során, egészen a disszertáció elkészüléséig.

További inspirációt meríthettem *Dr. Emmanuel Kuntsche*, az alkoholfogyasztási motivációk nemzetközileg elismert kutatójával folytatott közös munkánkból. Leírhatatlanul hálás vagyok Emmanuelnek, hogy budapesti látogatásai során rendszeresen szánt időt a közös gondolkodásra. Módszertani felkészültsége, a témakörhöz kapcsolódó kiterjedt tudományos ismeretei, valamint személyiségének közvetlensége, könnyedsége újból és újból segítettek túllendülni az apróbb szakmai kríziseken. Kettejük segítségével jelen disszertáció nem készülhetett volna el.

A longitudinális vizsgálat előkészületei és megtervezése kapcsán köszönettel tartozom *Paksi Borbálának*, a Budapesti Corvinus Egyetem tudományos munkatársának, aki a doktori tanulmányaim elején nyújtott konzultációs lehetőséget. Paksi Borbála páratlan szakértelemmel segített eligazodni a speciális mintavételi eljárások és egy utánkövetéses vizsgálattal járó adminisztratív teendők sűrű erdejében. További köszönettel tartozom *Eisinger Andreának* és *Magi Annának*, akik eleinte még egyetemi hallgatóként kapcsolódtak be a közös munkába, ma már doktoranduszként gazdagítják munkacsoportunkat. Köszönet a longitudinális kutatás adminisztrációja és adatfelvétele során nyújtott felbecsülhetetlen segítségükért, kitartásukért és energiájukért.

Köszönet jár az összes műhelymunkás hallgatónak az adatfelvételben nyújtott segítségért, külön kiemelve *Pataki Patrícia* és *Horváth Janka* pszichológus hallgatókat, akik a Drogambulancián, hónapokon keresztül önként segédkeztek.

Szeretném megköszönni a Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszéken működő kutatói csoportunk összes tagjának a közös munkát és a jó hangulatú közösséget, mely egyben megkönnyítette a szakmai kiteljesedést. Külön köszönettel tartozom *Mervó Barbarának* a rendszeres angol nyelvű lektorálási segítségért, *Nagygyörgy Katalinnak* és *Kapitány-Fövény Máténak* pedig a konstruktív megjegyzésekért és együtt gondolkodásért. Mindhárma, nem csak szakmai-kollegiális, de felbecsülhetetlen baráti támaszt is nyújtottak számomra és lelkesedésükkel, humorukkal mindvégig biztattak az elmúlt évek során.

Köszönettel tartozom az ELTE mellett másik munkahelyemen, a Nyírő Gyula Kórház – OPAI, Drogambulancián dolgozó összes kollégámnak, különös tekintettel *Dr. Csorba József*, korábbi, és *Dr. Rigó Péter* jelenlegi vezető főorvosoknak, hogy hozzájárulva az adatfelvételhez, valamint tanulmányaimhoz, kutatási tevékenységemet támogatták. Köszönettel tartozom *Szabó Tünde*, szociális munkás kolleganőmnek, a rengeteg biztatásért, türelméért, és a hozzám intézet bizalmáért, hisz az ő nyitott szemlélete és a Drogambulancián folyó munka nagymértékben hozzájárult szakmai fejlődésemhez.

Szeretnék emellett köszönetet mondani családomnak, páromnak és barátaimnak, akik mindvégig hittek bennem, biztattak és támogattak, valamint türelemmel és megértéssel túrték egy disszertáció elkészülésével járó minden kellemetlenséget. Végül külön köszönetet mondanék ezúton nagyapámnak, *Dr. Bernát Ivánnak*, aki élete során a tudományos munka iránti szeretetével és lelkesedésével már gyerekkoromban lenyűgözött, és akinek személyisége úgy gondolom inspirálta későbbi szakmai érdeklődésemet is.

## BEVEZETŐ

---

Az alkoholtartamú italok fogyasztása a legkorábbi társadalmakig vezethető vissza. Az emberek korán felfedezték a szénhidrátok erjesztése következtében létrejövő alkoholtartalmú italok előállításának módját, valamint az alkohol lazító-bódító, és felszabadító hatását (Környei és Kassai-Farkas, 2009). Korán megjelentek az alkoholfogyasztás kritikusai is, akik felhívták a figyelmet a következményekre, és az alkoholfüggőség veszélyeire (pl.: Pjatnyickaja, 1997; Wilson, 2005; Buda, 2007). A fogyasztásnak és a pszichoaktív hatásnak el kell érnie egy bizonyos küszöbértéket ahhoz, hogy alkoholproblémáról beszélhessünk, a küszöbértéknek a pontos megállapítása azonban igen nehéz feladat, mivel nincs éles határ a problémás ivás és a szociálisan elfogadott ivás között (Lajtai, 2007). Az alkohol Európában, széles körben a legelfogadottabb pszichoaktív szer (Anderson és Baumberg, 2006), hazánkra pedig kiemelkedően igaz, hogy az alkoholfogyasztás a mindennapi, társadalmi és kulturális élet része, így hajlamosabbak vagyunk a fogyasztását, mennyiségtől függetlenül nem kórosnak tekinteni (Elekes, 2004). Ennek ellenére, az alkohol tartós, és abuzív használata egyaránt számos direkt és indirekt károsító következménnyel jár (pl.: Babor, Caetano, Casswell, Edwards, Giesbrecht, Graham és mtsai, 2004), mely következmények népegészségügyi kockázatot rónak társadalmunkra. A WHO legfrissebb felmérései szerint egyértelműnek tűnik, hogy az Európai Unión belül Magyarországon, Romániában és a balti államokban a legtöbb az alkoholhoz köthető halálesetek száma, hazánkban a legmagasabb az alkoholizmusból fakadó rákbetegségek aránya, és májkárosodáshoz köthető betegségek terén is élen járunk (WHO, 2013).

Míg a WHO felmérés adatai a felnőttek körében uralkodó helyzetre hívják fel a figyelmet, addig az ESPAD és HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) adatok azt jelzik, hogy a probléma gyökere már a korai általános iskolás években megtalálható, és a fejlődési útvonalak szembetűnő eredményeket mutatnak. Az Európa szerte végzett, aktuális felmérés szerint a 11 évesek 4%-a, a 13 évesek 8%-a, és a 15 évesek 21%-a legalább egyszer iszik alkoholt egy héten (Currie, 2012). A problémás alkoholfogyasztás, és azon belül a jellemzően az egyetemi és főiskolai diákévek alatt jelentkező rohamszerű nagyivás (az angol nyelvű szakirodalomban használatos néven binge drinking) az elmúlt évtizedekben hazánkban is széles körben elterjedt közegészségügyi problémává nőtte ki magát (Sebestyén és Németh, 2007; Elekes, 2009; Pikó, 2010). Ezek a leginkább rohamszerű, mértéktelen

alkoholfogyasztással jellemezhető fiatalok, más populációkkal összehasonlítva, egyéni ivási mintázatot és motivációkat mutatnak. Esetükben az alkoholhoz speciális elvárások kapcsolódnak, s ezzel összefüggésben sajátos veszélyeknek vannak kitéve.

A fiatalkori nagyivás több szempontból is veszélyforrássá válhat. Hosszútávon a későbbi alkohollal kapcsolatos problémák előzménye lehet, egyrészt a fiatal szervezetben kialakuló, visszafordíthatatlan károsodások miatt (pl.: Crews, He és Hodge, 2007), másrészt pedig azért, mert a fiatal felnőttkorban történő rendszeres alkoholfogyasztás növeli a későbbi alkoholbetegség kockázatát (Schulenberg és Maggs, 2002; Eaton, Forthofer, Zapata, Brown, Bryon, Reynolds és mtsai, 2004). Ugyanakkor az éjszakai élethez kapcsolódó mértéktelen alkoholfogyasztás rövidtávon is számos veszélyt hordoz magában. Amerikai diákok körében végzett felmérések szerint 2005-ben, összesen több mint fél millió egyetemistát ért túlzott alkoholfogyasztásból eredő sérülés, baleset, bántalmazás, és majdnem ugyanennyien létesítettek nem tervezett vagy védekezés nélküli szexuális kapcsolatot, keveredtek ittasan veszekedésbe vagy verekezésbe, számoltak be ittas vezetésről, vagy az egészségi állapotukban bekövetkezett romlásról (Hingson, 2005).

Európai szinten a kockázatos nagyivás prevalencia folyamatosan emelkedik (Anderson, 2006; Kuntsche, Kuntsche, Knibbe, Simons-Morton, Farhat, Hublet és mtsai, 2011). Hazánkban a 15-16 éves korosztályban az elmúlt 12 évben a havi hat alkalommal, vagy sűrűbb rendszerességgel alkoholt fogyasztók aránya 7,9%-ról 14,2%-ra nőtt (Elekes, 2009).

A fiatalok rizikócsoportját azért fontos megismernünk, mert káros életmódjuk, egészségmagatartásuk felnőttkori életükre is kihatással lesz. Azonban prevenciós programokkal még idejében lehetne kedvezően befolyásolni a fiatalok egészségéhez való viszonyulását, annál is inkább, mivel az ő attitűdjeik még alakíthatóak (Pikó, 2002). Ugyanakkor, a sikeres megelőzés kifejlesztéséhez a problémás alkoholhasználatot kiváltó okok, kockázati tényezők, háttértényezők felfedése szükséges, ezért a teljes kép kialakításához a későbbi korosztályok és aktív szerhasználók vizsgálata is elengedhetetlen.

A problémás alkoholfogyasztást és a nagyivást bejósoló tényezők, valamint okainak felfedésére irányuló kutatások két irányba mutatnak. Néhány kutató kauzális összefüggésbe hozza a fiatalkori rohamszerű ivásokat a későbbi függőséggel, mintegy az alkoholizmus élőlépcsőjeként: ez a fajta látásmód lineáris átmenetet lát az absztinencia és a függőség között (pl.: Cloninger, Siverdsson és Bohmann, 1988; Cox, 1987). Ezek a kutatások a nagyivás rizikóit főleg személyiségvonásokkal, biológiai determinánsokkal hozták összefüggésbe,

illetve egy olyan feltételezett személyiségstruktúrával, mely esetleg a függőség alapját szolgálja. Ezzel szemben, a kutatások másik iránya az alkoholfogyasztó részéről, különböző motívumok és elvárások mérlegelését feltételezi, és hasonló, főleg kognitív és önszabályozó folyamatokat lát a nagyivás háttérében (pl.: Marlatt, 1976; Brown, Goldman, Inn és Anderson, 1980; Kanfer, 1986). A személyiségmodellek feltárására tett kísérletek eléggé régre nyúlnak vissza, és sokat kutatott témának számít a személyiségváltozók és az alkoholfogyasztás kapcsolatának vizsgálata (Kuntsche, Knibbe, Gmel és Engels, 2005). Ugyanakkor a motivációk kutatása egy relatív fiatal, de rohamosan fejlődő területnek számít. Sok kutatás készült a serdülők, középiskolások, egyetemisták alkoholfogyasztási okok és motivációinak feltérképezéséről (áttekintésért lásd pl.: Kuntsche, Knibbe, Gmel és Engels, 2006), viszont jelenleg keveset tudunk még arról, hogy a motivációk a speciális populációkban hogyan működnek (pl. idősebb, vagy klinikai mintán) valamint a kor előrehaladtával hogyan alakulnak és fejlődnek. Ugyanakkor a motivációs elméleteknek nagy szerepet tulajdonítanak mind az egészségpszichológiában, mind a klinikumban, hisz a háttérben meghúzódó mozgatórugók megismerésén keresztül érthetjük meg, miért marad fenn az adott viselkedés és hogyan juthatunk el a viselkedés hosszútávú átformálásához.

Az ELTE-PPK Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszéken Dr. Demetrovics Zsolt által vezetett kutatócsoport néhány évvel ezelőtt éppen az alkoholkutatások apropóján kapcsolódott be a hazai és nemzetközi motivációs kutatásokba. Azóta a témakör dinamikusan tovább fejlődött és a legális és illegális szerhasználat mellett, megjelent más, a viselkedéses függőségekkel foglalkozó kutatásaink terén is (pl.: szerencsejáték, online játékok és vásárlás) és átitatta a kutatócsoport érdeklődési körét. Doktori disszertációm eredményeit tehát, mint egy nagyobb, vizsgálódások láncolatát alkotó, több addikciós területen átívelő kutatás szeleteként szeretném bemutatni. Az elméleti háttér bemutatása után vizsgálódásaim központjában az alkoholfogyasztási motivációk fejlődése áll, melyeket mind longitudinális, mind keresztmetszeti elrendezésben igyekeztem megvizsgálni, három korcsoporton keresztül. A hat bemutatott vizsgálat tervezésekor célom mindvégig az volt, hogy új eddig nem vizsgált szempontokkal gazdagítsam a témakört, és a keresztmetszeti és a longitudinális szemlélet ötvöztetésével az ok-okozati tényezőkre nagyobb rálátást nyújtsak. Ebbe a folyamatba illeszkedik bele a negyedik, klinikai minta is, mint az előnytelenül alakuló fejlődési folyamat, az alkoholhasználati karrier végállomásaként.

# ELMÉLETI RÉSZ

---

# 1 AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS MINTÁZATAI

---

Számos tipológia létezik az alkoholfogyasztás mintázatainak leírására. A típusok elkülönítése többnyire a gyakoriság, mennyiség és az ivás módja, azaz kulturális beágyazottság alapján történik. A szakirodalomban általánosan elterjedt két fogyasztási kultúra megkülönböztetése: a „száraz“, olykor északinak is nevezett, valamint a „vizes“, más terminust használva mediterrán alkoholfogyasztási kultúra. A „száraz“ országokban tradicionálisan erős a józansági mozgalom, alacsonyabb az alkoholfogyasztás gyakorisága és az egy főre jutó alkoholfogyasztás, viszont magas az összesen elfogyasztott mennyiség, és gyakoribb a nagyivás, illetve jelentősebb az alkoholfogyasztás következtében fellépő problémák mértéke. Ezzel szemben a „vizes“ kultúrákra jellemző a gyakori alkoholfogyasztás, de alkalmanként kisebb mennyiséget fogyasztanak el, amely sokszor az étkezéshez kötődik, csekély az alkoholmérgezés prevalenciája, ugyanakkor magas a májzsugorodásban megbetegedők száma (Elekes, 2004). Ez a hagyományos dichotóm dimenzió azonban az utóbbi évtizedek alkoholfogyasztási szokásainak átalakulásának következtében egyre inkább nehezen alkalmazható. A legújabb vizsgálatok az alkoholfogyasztási módok és kultúrák konvergálódásáról tanúskodnak, így ez a dimenzió leginkább egy kontinuumként működik (Mäkelä, 2005).

Egy másik kedvelt elkülönítés az alkoholfajták szerinti tipizálás: eszerint megkülönböztetünk elsősorban „sörivő“, „borivő“ és tömény szeszt fogyasztó kultúrákat. Azonban ez a tipológia is egyre inkább problémás, mivel a 70-es években a hagyományosan borfogyasztó társadalmakban (pl. Franciaország) jelentős csökkenés volt megfigyelhető a borfogyasztásban, és valamennyire a sörfogyasztó és tömény szeszt fogyasztó országokban és észrevehető volt a domináns alkoholtípus fogyasztásának a mérséklődése (Elekes, 2004).

Ahlström és munkatársai (2005) három dimenzió mentén írták le a fogyasztási mintázatokat: fogyasztás helyszíne (nyilvános hely vagy otthon), alkalom (ünnepek, buli vagy étkezés) és társaság (családdal, barátokkal, egyedül stb.). Dél-Európában jellemző az étkezéshez kapcsolódó, nyilvános és otthoni környezetben való ivás, amely bármely társaságban előfordulhat. Ezzel szemben Észak- és Kelet-Európában az alkohol elsősorban ünnepségekhez és nyilvános helyhez volt köthető, ugyanakkor pl. Csehországban és Magyarországon a barátokkal történő otthoni italozás tűnt gyakorinak, és egyéb kivételek is fennakadtak a

tipológia alkalmazásán. További problémát jelent, hogy országoktól függetlenül a fiatalkorúak alkoholhasználata számos közös jegyet hordoz: ők többnyire nyilvános helyen, barátokkal isznak alkoholt. Bár a déli és északi kultúrák megkülönböztetése nem teljesen egyértelmű, több elemzés is arra jutott, hogy a mérsékelt alkoholfogyasztás ma is inkább a mediterrán országokra jellemző, míg a hétközi nagyívás az északi országokban fordul elő gyakrabban (Elekes, 2004). Ehhez kapcsolódóan Mäkelä és munkatársai (2005) nem a kultúrák tipizálására helyezi a hangsúlyt, hanem egy étkezési-modell (nutrition model) és egy hangulat-változtatási modell (mood changing model) alapján javasolják a korosztályok, a nem és akár az egyes országokra jellemző fogyasztási mintázatok leírását.

Külön problémát jelent a mintázatok elkülönítésében az egységes definíciók hiánya, illetve azok esetlegessége. Az angol nyelvű szakirodalomban használatos a túlzott alkoholfogyasztás megnevezésére a „problem drinking” vagy a „harmful drinking” terminus. Olykor e definíciók egyik altípusaként értelmezik a fiatalokra jellemző nagyívást (binge drinking), olykor pedig külön dimenzióként beszélnek a róla. Szokás a nagyívás szinonimájaként „alkalmi magas-kockázatú ivást” (risky single occasional drinking) vagy „súlyos alkalmi ivást” (heavy episodic drinking) is említeni, bár ezeket a kifejezéseket többnyire felnőttekre alkalmazzák, míg a nagyívást elsősorban fiatalokra. A nagyívás pontos definícióját és az elnevezés nehézségeit a következő fejezet tárgyalja.

Érdemes megemlíteni Elekes Zsuzsanna hazai felnőtt populáción végzett felmérések alapján készített tipológiáját hét különböző fogyasztási csoportról. A tipológia kialakításakor az utolsó alkalommal elfogyasztott mennyiséget, valamint az utolsó fogyasztás idejét tekintette változónak. Eszerint megkülönböztette az absztinensek, problémás ivók (ma vagy tegnap ivott legalább 40 ml tiszta szeszben számolt alkoholt), a mediterrán ivók (ma vagy tegnap ivott legfeljebb 40 ml tiszta szeszben számolt alkoholt), az északi ivók (2-3 napja ittak tetszőleges mennyiséget), a hétközi ivók (1-4 hete ittak tetszőleges mennyiséget), az alkalmi fogyasztók (1 hónapnál régebben ittak tetszőleges mennyiséget), és nem tipizáltak kategóriáját. A vizsgálati eredmények szerint az egyes fogyasztási csoportokon belül jellemzőek voltak bizonyos szocio-demográfiai változók (pl. nem, kor, társadalmi-gazdasági státusz). Középiskolások esetében ettől valamelyest eltérő, öt fogyasztási csoportra bontott tipológiát állított fel: az absztinensek, az alkalmi ivók, a társasági ivók, a nagyivók és a problémás ivók csoportját (Elekes, 2004). Ebből a kategorizálásból is kitűnik, hogy a nagyivók és a problémás ivók csoportja sokszor nem esik egybe, és a nagyívás csak a fiatalok esetében jelenik meg önálló kategóriaként.



## 2 A NAGYIVÁS

---

Az alkoholfogyasztási mintázatok áttekintése is bizonyítja, hogy az alkoholfogyasztás nagyon változó, kultúránként, társadalmi csoportonként, egyénenként eltérő céllal létrejövő, sokrétű jelenség. Az alkoholfogyasztási mintázatok közül a kutatások jelenleg kiemelkedő fontosságot tulajdonítanak, a leginkább fiatalokra jellemző nagyivásra, mivel egyes források szerint lassan kiszorít minden más fogyasztási szokást (pl.: Wechsler, Dowall, Davenport és Castillo, 1995a, Quigley és Marlatt, 1996). A nagyivás féktelen és kicsapongó alkoholfogyasztást takar (angol szakirodalomban *binge drinking*). Ez a fajta rizikómagatartás napjainkban világszerte élénken foglalkoztatja a médiát - valószínűleg gyakran tapasztalható negatív következményei miatt. A nagyivás jellemzője, hogy az egyén rövid időszak alatt, nagy mennyiségű alkoholt fogyaszt, amelynek legfőbb és nem titkolt célja, a mielőbbi lerészegedés.

### 2.1 A NAGYIVÁS DEFINÍCIÓJA

A nagyivás elterjedt angol megfelelőjét, a *binge drinkinget*, a 60-as években Kessel és Walton (1965) vezette be: hirtelen és nagymennyiségű alkoholfogyasztást értettek alatta. A fogalom használata igazából később, a kilencvenes években vált népszerűvé. Közelebbről megvizsgálva a jelenlegi kutatásokat azonban, arra felfedezésre juthatunk, hogy a jelenség elnevezését illetően nincs egyetértés a szakemberek fogalomhasználata között. A szakirodalomban, *binge drinkinget* általában egy tágabb fogalom, a *problematic drinking* vagy *heavy drinking* alá szokták sorolni, de ezek a fogalmak sokszor egymást helyettesítő szinonimaként is felléphetnek. Ezen kívül használatos fogalom lehet még a *hazardous alcohol consumption*, a *heavy sessional drinking* (pl.: Measham, 1996).

Gyakran tapasztalható a nagyivással kapcsolatos kutatások terén, hogy a megnevezést a kapcsolódó vizsgált területek szerint választják meg. Így olvashatjuk néhol, például a kortárs hatások vizsgálatakor, a *college drinking* fogalmát, illetve a *harmful* vagy *high risk alcoholuse* fogalmát, amennyiben a negatív következményekre helyeződik a hangsúly. Mások a mennyiségi és gyakorisági definícióktól elhatárolódva alkották meg a jelenség elnevezését. Murgraff, Parrott és Bennett (1999) vezette be a *risky single-occasion drinking (RSOD)* fogalmát, és felhívja a kutatók figyelmét a mennyiségi/gyakorisági definíciók empirikus hátterének hiányára, amelyeknek véleménye szerint egyetlen (és fölösleges) célja egy

súlyossági küszöb felállítása, és az emberek kategóriákba sorolása. A szerző ennél fontosabbnak tarja a jelenség veszélyeinek hangsúlyozását, és a kapcsolódó rizikómagatartások számbavételét.

Mivel magyar nyelvterületen sem tudunk egységes fogalomhasználatról, többek közt a jelenség alulkutatottságából kifolyólag, a továbbiakban mi is Elekes Zsuzsanna által használt, *nagyivás* fogalmát fogjuk használni. A fogalmi zavar ellenére a kutatók, epidemiológusok és a népegészségügyi szakemberek többszörösen megkísérelték formális és kvantitatív definíciók létrehozását. Ugyanakkor a definíciók használata gyakran nem következetes, megnehezítve ezzel a kutatások megismételhetőségét és az összehasonlítást. A nagyivás definíciója jelenleg a szakirodalomban, és országonként is nagyon eltérő, minek következtében hiányoznak az egységes és adekvát mérési eszközök is.

Az irodalomban található definíciókat két kategóriába lehet sorolni: (1) azok, amelyek az alkoholfogyasztás mennyiségével, vagy gyakoriságával definiálnak, és (2) azok, amelyek az alkoholfogyasztás során tapasztalt negatív következményeken keresztül definiálnak. Tehát a kutatók egyik csoportja a *fogyasztás mennyiségét, gyakoriságát* próbálja közvetett vagy közvetlen módon becsülni, feltételezve, hogy a probléma mértéke, vagy a problémás fogyasztás valamilyen összefüggésben áll a fogyasztott mennyiséggel és a gyakorisággal. Mások a *fogyasztás következményeit, a fogyasztásból eredő problémákat* veszik számításba, feltételezve azt, hogy ezek bizonyos mértékű fogyasztás esetén már feltétlenül felszínre kerülnek (Elekes, 2004).

Számos mennyiségi és gyakorisági mértéket használó definíció létezik, melyek alapja az egységes és objektív mérésre való törekvés. Legtöbbjük bizonyos számú standard ital, meghatározott időtartamon belül történő elfogyasztását javasolja (egyeseek kitérnek a nemek közötti különbségekre is, pl.: Wechsler, Dovall, Davenport és Rimm, 1995b; Plant és Plant, 2006). Ezen belül azonban az italok száma, a fogyasztás időtartama, gyakorisága, sőt még maga a standard ital meghatározása is eltérő lehet. Amerikai kérdőívek mértékegysége általában az öt vagy több ital – ahol egy ital kb. 12 ml tiszta szeszt tartalmaz. Az európai kutatások ezzel szemben többnyire hat vagy több itallal számolnak, ahol egy ital kb. 10 ml tiszta szeszt tartalmaz. Elekes Zsuzsanna magyarországi epidemiológiai vizsgálatainak során (Elekes, 2004), a magyarországi fogyasztási szokásokat figyelembe véve, arra a következtetésre jutott, miszerint Magyarországon nagyivásnak a *hat vagy több ital elfogyasztása tekinthető*.

Az alkoholfogyasztás *menyiség-gyakorisággal* történő leírása tehát többé-kevésbé elfogadott módszere az alkoholepidemiológiának. Azonban egyik fő kérdés vagy vita a módszer körül a megválasztandó intervallumok (egész élet, előző év, előző hónap, előző hét), amelyre a kérdezés kiterjed (Elekes, 2004), és amelyet jelentősen befolyásolhat az adott ország ivási szokása vagy kultúrája (alacsonyabb alkoholfogyasztású országokban nagyobb intervallumok, magas alkoholfogyasztású országokban kisebb intervallumok alkalmazása lehet célszerű).

## **2.2 A NAGYIVÁS EPIDEMIOLÓGIÁJA**

Nemzetközi kutatások eredményei alapján, azt a tanulságot vonhatjuk le, hogy – ugyan a problémás alkoholfogyasztás sok korcsoportot érint, a nagyívás előfordulási aránya mégis a 18-25 év közötti fiatalok körében a legmagasabb (pl.: Kandel és Logan, 1984). Amerikai adatok szerint, visszatekintve az elmúlt egy évre, a középiskolás diákok 90%-a fogyasztott alkoholt (O'Malley és Johnston, 2002). Közel 80%-uk számolt be nagyívásos epizódról az elmúlt 90 napban (Vik, Carrello, Tate és Field 2000), és 44%-uk élt át nagyívásos epizódot az elmúlt két hét során (Wechsler és Kuo, 2000). Anderson és Plant (1996) angol diákokon végzett felmérés eredményeképpen, arról számoltak be, hogy a 13-16 éves diákok 30-40%-a utolsó alkoholfogyasztásának alkalmával nagyívásnak megfelelő mennyiségű italt fogyasztott. A legtöbb felmérés szerint 5 egyetemista közül, kettőnél rendszerességgel tapasztalhatók nagyívásos epizódok (pl.: O'Malley és mtsai, 2002; Wechsler és mtsai, 2000). Ez a fajta impulzív, kicsapongó ivási mintázat főleg fiataloknál érvényes, a felnőtt populációra vonatkozóan kevés adatunk van. Egy széleskörű telefonos felmérés szerint (Miller, Gfroerer, Brewer, Naimi, Mokdad és Giles, 2004) némely amerikai államban (pl.: Wisconsin, Minnesota) a felnőtt lakosság több, mint 20%-a nagyívónak tekinthető. Mások (pl.: Holahan, Schutte, Brennan, Holahan és Moos, 2014) az ezzel kapcsolatos egészségügyi veszélyekre hívják fel a figyelmet, miszerint annak ellenére, hogy a fogyasztás mennyisége állandó, az azonos mennyiségű alkohol gyakori, rövid időn belül történő elfogyasztása - vagyis a visszatérő epizódok, akár 20 évvel előbbi mortalitást okozhatnak.

Magyar mintán végzett vizsgálatok középiskolásokkal hasonló eredményre vezettek. A 2002-ben Budapesten megkérdezett középiskolások 93%-a fogyasztott már életében legalább egyszer alkoholt. A nagyívás (itt öt vagy több ital egy alkalommal történő elfogyasztása) a megkérdezett fiatalok közel 30%-ánál fordult elő legalább egyszer a megelőző egy hónapban (Elekes és Paksi, 2002). Az alkoholfogyasztási szokásokban bekövetkező változások legjobban az ESPAD vizsgálatok összehasonlításával követhetők. Ezek alapján arra

következtethetünk, hogy a szélsőségesebb fogyasztási formák előfordulása középiskolások körében, növekvő tendenciát mutat hazánkban (Elekes, 2004).

Magyarországon a felnőtt populációt illetően, konkrétan az alkoholfogyasztással kapcsolatos felmérés igen kevés készült. Tény, hogy hazánkban is magasak a prevalencia értékek. A nyolcvanas évek közepén készült egy kifejezetten alkoholfogyasztásra irányuló, országos szintű vizsgálat, egy nagyméterű, 6 000 fős, a 18 évesnél idősebb népességet reprezentáló mintán (Elekes és Liptay, 1988). A vizsgálat adatai alapján a felnőtt népesség 85,2 %-a alkalmanként vagy rendszeresen fogyaszt alkoholt. Újabb eredmények szerint Magyarországon nagyivónak tekinthető a férfiak 4,3%-a, és a nők 1,7%-a, hiszen ők heti rendszerességgel fogyasztanak 6 vagy több italt egy este alatt (Elekes, 2004).

### **2.3 NAGYIVÁS, MINT FOLYAMAT – LONGITUDINÁLIS MEGKÖZELÍTÉSEK**

Sajnos érthető módon ritkák, de számunkra fontos eredményeket közölnek a nagyivás longitudinális kutatásai (pl.: Schulenberg, O'Malley, Bachmann, Wadsworth és Johnston, 1996a; Gotham, Sher és Wood, 1997), annak feltárására, hogy vajon az ivási szokások változnak-e az idők során.

Egy korai vizsgálat szerint úgy tűnik, hogy azok, akik 16 évesen a legtöbbet ittak, valószínűbben lesznek nagyivók 23 évesen (Ghodsian és Power, 1987). Viner és Taylor (2006) egy nagyszabású angol, longitudinális kohort vizsgálat eredményeit közzétették, ahol 16 és 30 év között kísérték figyelemmel a fiatalok alkoholfogyasztási szokásait. Kutatásuk rámutatott, hogy a serdülőkori nagyivás nem csak a későbbi alkoholproblémákat, de az illegális szerhasználatot, pszichiátriai morbiditást, hajléktalanságot, iskolázatlanságot, és a balesetek számát is képes volt előrejelezni. A kutatások egyetértenek ugyan abban, hogy a kor előrehaladtával a nagyivás jelensége változik, ugyanakkor nem tisztázott, hogy a nagyivás a felnőttkorban milyen szerepet tölt be. Egyesek (Woerle, Roeber és Landen, 2007) arra hívják fel a figyelmet, hogy a felnőtt nagyivók egy része a szűrőtesztek szerint nem számít problémás alkoholfogyasztónak. Woerle és mtsai (2007) eredményei szerint, míg az általa vizsgált populáció 16,5%-a számolt be kicsapongó, impulzív ivási szokásokról, addig csupán 1,8%-uk felelt meg az alkohol függőségi kritériumrendszerének. Tehát úgy tűnik, hogy az alkoholfüggőség és a nagyivás nem esik egybe, és eltérő dinamikát, és motivációkat kell feltételeznünk a háttérben.

Egyesek szerint a nagyivás gyakorisága a korral nő (pl.: Ham és Hope, 2003), mások szerint például az utolsó éves egyetemi hallgatók már szignifikánsan kevesebb nagyivásos periódusról számoltak be, mint első éves társaik (Engs, Hanson és Diebold, 1996). Újabb kutatások (Naimi, 2009) arra hívják fel a figyelmet, hogy az 1993-2009 között vizsgált populációban a nagyivás prevalenciája ugyan nőtt, de nem változott szignifikánsan (14,2-ről 15,2%-ra emelkedett), de a személyenként számított impulzív epizódok száma nagymértékben nőtt.

Schulenberg és munkatársainak (1996a) szintén nagy mintán végzett utánkövetéses vizsgálata azonban azt az eredményt hozta, miszerint egyeseknél a nagyivás súlyosbodott, másoknál enyhült vagy meg is szűnt, megint másoknál pedig a nagyivás mértéke állandó maradt. Kérdéses, hogy mi okozza a változást, illetve mi befolyásolja annak irányát, és mértékét?

Gotham és mtsai (1996) 7 éven át tartó longitudinális vizsgálatuk során például a szerepek, személyiségváltozók, elvárások és családi alkoholproblémák hatásáról is beszámolt. Egy nemrég közölt, 50 éven át tartó angol kohort vizsgálat adatai (Cheng és Furham, 2013) felnőttkori nagyivást bejósoló tényezőit kutatták. Arra jutottak, hogy a születéskori családi szociális helyzet, gyermekkori intelligencia, és későbbi iskolázottság, valamint foglalkoztatottság alacsony szintje, a későbbi nagyiváshoz éppen úgy hozzájárult, mint egyes személyiségtényezők (extraverzió pozitív irányban, barátságosság negatív irányban), melyek hosszú távú szerepét eddig kevés kutatásban vizsgálták.

Schulenberg, Wadsworth, O'Malley, Bachmann és Johnston (1996b) a korábban közölt (1996a) eredményeihez elméleti háttérrel is kapcsol, miszerint valószínűsíthető, hogy a változás bizonyos szerepek és normák szocializálódásával lehet kapcsolatban. Mivel az eredmények azt sugallják, hogy házasság után, vagy egy munkahelyre történő belépés után a korábbi nagyivók kevesebbet ittak, úgy tűnik, hogy az egyetemi évek alatt sokat ivó diákok közül, egyesek az egyetem elvégzésével, az élettapasztalat és a felelősség növekedésével (lásd: Kandel, 1980: „*role compatibility theory*” a 3.2.3 alfejezetben) csökkentik nagyivásukat. Ez, a szakirodalomban „*maturing out*”-nak (kinövésnek) nevezett, változás rendkívül komplex, sok tényező által meghatározott jelenség, és legjobban longitudinális kutatási elrendezéssel vizsgálható (Yamaguchi, 1990). Árulkodó tény az is, miszerint az eddigi kutatások során, az általánosságban mért vizsgálati változók, a problémás alkoholhasználat időbeni változást mérő varianciájának 47%-át voltak képesek megmagyarázni (Muthén és Muthén, 2000)

Összességében elmondható, hogy a nagyívás jelensége korral változik, és valószínűsíthető, hogy a háttértényezők feltérképezése egy komplex, lehetőség szerint longitudinális és átfogó megközelítést igényel.

## **2.4 A NAGYIVÁS KORRELÁTUMAI**

Az eddigi vizsgálódások során a kutatók különböző individuális, kontextuális és szocio-demográfiai tényezőkkel hozták összefüggésbe a nagyívás jelenségét (Wechsler és mtsai, 1995a; Wechsler és mtsai, 2000; Kuntsche, Rehm és Gmel, 2004). Mivel ezek olyan korrelátumok, amelyek nagymértékben befolyásolhatják az alkoholfogyasztók fejlődési útvonalaikat, ugyanakkor számításba vételük segítheti a fókuszált intervenciók kialakítását, ezért a következő fejezet ezen eredmények összegzésére tesz kísérletet.

### **2.4.1 Nemi különbségek**

Az eddigi kutatások azt sugallják, hogy a férfiak gyakrabban és többet is isznak, mint a nők (pl.: O'Malley és mtsai, 2002; Vaillant és Scanlan, 1996). Ráadásul, a férfiak hajlamosabbak a nagyívásra is (Wechsler és mtsai, 1995a) és gyakrabban illenek rájuk az alkoholfüggőség kritériumai (Hill és Chow, 2002) mint a nőkre. Ez az eredmény mind általános, reprezentatív mintákon végzett kutatásokra (Wilsnack, Vogeltanz, Wilsnack, Harris, Ahlström, Bondy, és mtsai, 2000), mind a fiatalokkal foglalkozó felmérésekre igaz volt (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith és Todd, 2000). Újabb kutatások (pl. Perkins, 2002) azt is kimutatták, hogy a férfiak több, alkoholfogyasztás okozta negatív következményről számolnak be, bár ez az eredmények csak korlátozottan igazak, amennyiben számításba vesszük az olyan proximális következményeket is, melyekben az egyén önmaga sérül (pl.: önsebzés, nem tervezett szexuális kapcsolat létesítése, emlékezetkiesés, hányinger stb.), mert ezen tényezők inkább a nőkre voltak jellemzőek. A férfiakra olyan alkoholfogyasztási konzekvenciák voltak jellemzőek, melyeket a deviancia jellemez, a nők pedig olyan negatív következményekről számoltak be, melyek személyes jellegűek. Ugyanakkor fontos figyelembe vennünk, hogy a legtöbb kutatás inkább foglalkozik olyan konzekvenciák mérésével, melyek a férfiakra jellemzőek. Ezeknél a kutatásoknál a szerzők a mérések torzító tényezőire hívják fel a figyelmet (Perkins, 2002). Hasonló torzító tényező lehet a nemi különbségeket vizsgáló kutatások során az elfogyasztott mennyiség vizsgálata, hiszen a nők, testtermetüket tekintve nagymértékben eltérnek a férfiaktól. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy teljesen objektív kijelentéseket csakis a véralkoholszint mérésével tehetünk a neme közötti összehasonlításokra nézve (Perkins, 2002) ugyanakkor ilyen jellegű kutatásokból egyelőre nagyon kevés készült.



Egyes kutatók, áttekintve az eddigi kutatásokat arra jutottak, hogy a nők az alkoholfogyasztási mintázatuk és szokásaik terén kezdnek a férfiakhoz hasonló vonásokat ölteni (pl. Goodwin, 1989; Maney, 1990). Aggasztó tény, miszerint a két nem, az elfogyasztott mennyiség tekintetében, kezd konvergálni egymáshoz, ugyanakkor a nők metabolizmusa teljesen eltérő. A két nem közötti különbségek elmosódása fokozottan igaz volt olyan kollégiumokban lakó egyetemi hallgatókra, ahol a fiatalok szabadidejüket koedukált környezetben töltötték (Martin és Hoffman, 1993). A nők által elfogyasztott alkoholemennyiség és a nagyívás gyakorisága még tovább növekedett, amennyiben olyan kollégiumokat vizsgáltak ahol csak lányok laktak. Ezek a fiatalok, összehasonlítva tisztán fiúk által lakott kollégiumokkal már közel hasonló értékeket mutattak elfogyasztott mennyiség és gyakoriság tekintetében (Keeling, 2002).

McCabe (2002) egyetemi hallgatókon végzett, nagyszabású kutatása a nagyívók nemi megoszlását illetően, azt sugallja, hogy a nagyívás a két nemben másképp alakul az idő múlásával: A férfiaknál azt tapasztalta, hogy a felsőbb évfolyamok hallgatói többet ittak, mint az első éves társaik, ellenben a nőknél pont fordított tendenciát talált: az elsős lányok többet ittak, mint végzős társaik. Cooper, Russel, Skinner, Frone és Mudar (1992a) szerint ennek hátterében a nemek közötti szocializációs különbségek állhatnak. Míg a nők a distressz internalizálására, addig a férfiak a distressz externalizálására szocializálódtak. A társadalom által meghatározott nemi szerepek szintén nagymértékben befolyásolják az alkoholfogyasztás alakulását. Férfiak alkoholfogyasztása az erő demonstrálására, férfiak egymás közötti összetartására, valamint a kontroll elutasítására utalhat. Ezzel ellentétben a nők esetében, az alkoholfogyasztás okozta negatív következmények erős összetűzésbe kerülhetnek a tradicionális nemi szerepekkel, hisz a nem tervezett szexuális kapcsolat, az esetleges nemi erőszak, és nem kívánt terhesség veszélye is fennállhat (Kerr-Correa, Igami, Hiroce és Tucci, 2007).

#### **2.4.2 Család és kortársak**

Sok ízben boncolhatták már a korábbi kutatások, hogy vajon milyen mértékben játszanak szerepet családi tényezők egy fiatal életében a nagyívás kialakulásában. Ide tartoznak a családban előforduló problémás alkoholhasználatot vitató amerikai kutatások. Egyes kutatások szerint a szülői alkoholfogyasztás nincs kihatással a gyermek nagyívására (pl.: Havey és Dodd, 1993), mások szerint viszont (pl.: Kushner és Sher, 1993) a nagyívók esetében valószínűbb a családban előforduló alkoholprobléma, mint azoknál, akik nem jellemezhetők nagyívással. A szerzők hozzátesszik, hogy az eredmény félrevezető lehet, hiszen lehetséges, hogy a tényleges mennyiséget tekintve nem fogyasztanak többet, csupán több

járulékos problémáról számolnak be, mint azok, akiknek családtörténetében alkoholprobléma nem fordult elő (Kushner és mtsai, 1993).

Egyetemi hallgatókat vizsgálva, a kutatók arra jutottak, hogy a nagyivás kevésbé volt jellemző, amennyiben a diák a szülői házában lakott, és nagyobb kockázatnak volt kitéve, amikor kortársak is jelen voltak (Odo, McQuiller és Stretsky, 1999, Clapp és Shillington, 2001). Olasz egyetemistákat vizsgálva azt találták, hogy az első alkoholfogyasztás kortárs körülmények között jobban bejósolta a későbbi nagyivást, mint a családi körben történő első alkoholos élmény (DiGrande, Perrier, Lauro és Contu, 2000)

A fiatalok nagyivásával foglalkozó kutatások arra is körültekintően kitértek, hogy a szülői háttér vajon milyen szinten befolyásolja a gyermek alkoholfogyasztását. Azt feltételezték korábban, hogy az alkohol iránt tanúsított szülői attitűdök feltehetően befolyásolják a gyermek normáinak alakulását, ugyanakkor Brennan, Walfish és Aubuchon (1986) már elég korán rávilágít, hogy a szülő és gyermek alkohol iránti viszonyulása között ugyan pozitív, de gyenge kapcsolat van. Turissi (2000) emellett azt találta, hogy az anya-gyerek közötti megnövekedett kommunikáció az alkoholról, az alkohollal kapcsolatos pozitív elvárások csökkenését vonta maga után. Mivel a pozitív alkohollal kapcsolatos elvárásoknak nagy szerepet tulajdonítanak az alkoholprobléma fennmaradásában (Kuntsche, Knibbe, Engels és Gmel, 2007a) ezért ez egy különösen fontos eredménynek számít a prevenciós munka szempontjából. A családban előforduló alkoholprobléma befolyásoló szerepéről tehát megoszlanak az eredmények, ami feltehetően a vegyes hatására vezethető vissza.

Amennyiben előfordul alkoholprobléma a családban, egyrészt beszélhetünk egy genetikai hatásról, miszerint, alkoholproblémákkal küszködő szülők gyermeke rendelkezik egy bizonyos hajlammal, másrészt pedig a modellhatásról, ami a szülő-gyerek kapcsolat része. Kutatások szerint a serdülőkor elején az alkoholfogyasztási szokások kialakulását tekintve is rohamosan lecsökken a szülők szerepe, és a kortársak hatása lép előtérbe (Steinberg, 2002). Ebből is következik, hogy az alkohol tekintetében internalizált szülői attitűdök sokkal alacsonyabb hatását mérték fiatal felnőtt korban amerikai hallgatók körében (Wechsler és mtsai, 1995b; Lo, 1995), ugyanakkor elképzelhető, hogy az alkoholfogyasztás tekintetében megengedő szülő indirekt módon hat a barátok megválasztására és ezáltal a nagyivásra (Lo, 1995).

Összefoglalásként elmondható, hogy általánosan megfigyelt tény, miszerint a megnövekedett alkoholfogyasztás, azon belül a nagyivás kezdete leginkább a leválás időszakára tehető, amikor gyengül a szülői felügyelet. Fontos kutatási cél lenne, azon tényezők feltérképezése,



melyek az alkohollal való első találkozást térképeik fel, és annak monitorozása mi történik a fiatalokkal miután elhagyják a szülői házat és elkezdik élni a saját életüket.

### **2.4.3 Iskolázottság**

Az iskolai teljesítmény és iskolázottság és a nagyívás gyakoriságának összefüggését számos vizsgálat bizonyítja. Nemzetközi eredmények alapján elmondható, hogy a serdülő- és fiatal felnőttkorban az alacsony iskolai teljesítmény, esetleg bukás vagy évismétlés, erős összefüggést mutat a magasabb fokú nagyívással (pl.: Laukkanen, Shemeikka, Viinanmäki, Pölkki és Lehtonen, 2001; Wechsler, 1995a). Skultéti és Pikó (2006) szegedi diákokon végzett kutatása is erős kapcsolatot talált az alkoholfogyasztási gyakoriság és a tanulmányi eredmények között. Felmérésük szerint a gyenge tanulók 80%-a szeszesital-fogyasztó, míg a jó tanulóknak csupán kicsit több mint fele. Eredményeik alapján a rendszeresség tekintetében is elmondható, hogy a jó és közepes tanulók inkább alkalmankénti alkoholfogyasztók, a gyenge tanulók azonban ennél gyakrabban, akár hetente többször is isznak szeszes italt.

A tanulmányi eredményekkel ellentétben, az iskolai végzettség azonban már az egyén életkörülményeire és valamelyest gazdasági helyzetére is következtetni enged. Regressziós analízis keretében, negatív korrelációt találtak az iskolában töltött évek száma és a kicsapongó alkoholhasználat között (Tien, Schlaepfer és Fisch, 1998). Egy szocioökonómiai különbségeket vizsgáló holland kutatás azt találta, hogy a rendszeres nagyívás, az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében gyakoribb volt, mint a tanultabb populációban (Droomers, Schriivers, Strongs, van de Mheen és Mackenbach, 1999). Egy észt, lett, finn, és litván mintát összehasonlító elemzés is arra jutott, hogy a nagyívás, a kevésbé tanultak körében gyakoribb, de ezt egyértelműen csak a férfiakra tudták igazolni. Sőt, az észt és finn minta esetében a nők nagyívása inkább a magasabb iskolai végzettséghez kapcsolódott (Helasoja, Lahelma, Prattala, Kasmel, Klumbiene és Pudule, 2006).

Egy hazai vizsgálat arról számolt be, hogy míg a soha nem fogyasztók aránya a felsőfokú végzettségűek körében a legalacsonyabb, a naponta alkoholt fogyasztók megoszlása meglehetősen egyenetlen: a szakmunkásképzőt végzettek fogyasztása például, lényegesen meghaladja mind a felsőfokú, a középfokú, mind pedig a 8 általános iskolát végzettek fogyasztását (Belec és mtsai, 2004).

### **2.4.4 Alkoholfajták**

Ahogy azt már az alkoholfogyasztási mintázatokkal foglalkozó fejezetben említettem, nem ritka, hogy a kultúrák felosztása preferált alkoholfajták fogyasztása szerint történik. Eszerint

megkülönböztethetünk sör-, bor-, és töményt fogyasztó kultúrákat (Elekes, 2004). A WHO 2004-es felmérése szerint sörfogyasztás főleg európai országokra jellemző (vezető itt Csehország, Írország, Németország és Ausztria), borfogyasztás leginkább a bort termelő országok jellegzetessége (pl.: Franciaország, Olaszország), míg a tömény jellegű italok fogyasztása főleg Kelet-Európára és Ázsiára korlátozódik. E felmérés szerint Magyarország a világ 20 fő borfogyasztó országa közé tartozik (WHO, 2004). Egy széleskörű 2004-es amerikai vizsgálat szerint, mely mind az 50 állam bevonásával történt, a sör a legnépszerűbb a nagyivók körében (Naimi, Brewer, Miller, Okoro és Mehotra, 2007). Európai szintű vizsgálatok is azt az eredményt támogatják, miszerint a nagyivás erősebben kapcsolható a sör- és tömény fogyasztáshoz, mint a borfogyasztáshoz (Kuntsche, 2001). Úgy tűnik, hogy Európában, (legalábbis a fiatalokat tekintve) a nagymértékű alkoholfogyasztás a sör és tömény fogyasztásához kapcsolódik. A részegség mihamarabbi eléréséhez szükséges preferált alkoholfajta a sör.

### **3 ETIOLÓGIA**

---

#### **3.1 BIOLÓGIAI TÉNYEZŐK ÉS TIPOLÓGIÁK**

Régóta ismert tény, hogy az alkoholfogyasztás nem egy elkülönülő, homogén populáció problémája, és sok éve zajlanak különböző kutatások, melyek az alkoholfogyasztók típusait különböző markerek megfigyelésén keresztül igyekeznek beazonosítani. A legtöbb ilyen jellegű tipológia a biológiai nézőpont koncepciórendszerében született, ugyanakkor az alkoholfogyasztás kialakulásával kapcsolatban évtizedek óta zajlanak kutatások arra vonatkozólag, hogy a vajon a környezeti és a genetikai tényezők kölcsönhatásában melyik oldalon van nagyobb súlya. A transzgenerációs családkutatások, családi halmozódását megfigyelve (pl.: Kandel és mtsai, 1984), valamint az iker és adaptációs vizsgálatokon alapuló jelenlegi ismeretek szerint az alkoholizmus kialakulásáért kb. 50-60%-ban az öröklődés tehető felelőssé (Quickfall és el-Guebaly, 2006).

Cloninger szerint az alkoholizmus típusától függ, hogy a genetikai vagy a környezeti tényezők döntőek-e az alkoholizmus kialakulásában (Cloninger és Soren, 1996). Az alkoholfogyasztás okainak kutatásában fordulópontot jelentett Cloninger tipologizálási elmélete, melyet egy nagy elemszámú svéd kohort vizsgálat alapján állított fel. Az eredményeket tekintve a vizsgálati személyek két csoportját különböztette meg: a korai, és a késői kezdőket, mely koncepciót később más kutatások is igazolták (pl.: Johnson, Cloninger, Roache, Bordinck és

Ruiz, 2000). A korai kezdők típusába (Cloninger tipológia 1. típus) azok a személyek tartoznak, akiknél az alkoholizmus viszonylag későn jelenik meg, jellemzően több éves alkoholfogyasztási tapasztalat után, változó súlyosságban. Férfiak és nők egyaránt megtalálhatóak ebben a típusban, melynek kialakulása elsődlegesen környezeti tényezőkre vezethető vissza, Cloninger ezért ezt a típust körülmény-jellegűnek (milieu-limited) nevezte. Ezzel ellentétben a korai kezdők (Cloninger tipológia 2. típus) alkoholfogyasztását csak kevésbé befolyásolják környezeti tényezők, jellemzően a serdülőkor elején alakul ki és néha együtt jár bűnöző, deviáns viselkedéssel. Ebben a típusban Cloninger elsősorban férfiakat, illetve alkoholista férfiak fiait találta, ezért ezt a típust férfi-jellegűnek (male-limited) nevezte el. Számos szerző egyetért Cloningerrel abban, hogy a korai kezdők alatt azok értendők, akik túlzott mértékű alkoholfogyasztásukat 20 éves koruk előtt kezdték el, és ők azok, akik a problémás ivás tekintetében nagyobb veszélynek vannak kitéve (Johnson és mtsai, 2000). Cloninger tipológiájának biológiai megalapozottságát más vizsgálatok eredményei is nagyjából megerősítették, például Virkunnen és Linnoila (1993) azt találták, hogy a 2. típusú alkoholisták szerotonin aktivitása alacsonyabb és a két típus között az agyi hullámok mintázata is eltérő. Cloninger elméletében mindemellett a személyiség jellemzők vizsgálatát is integrálta, miszerint az 1. típusnál markánsabb a pszichoszociális teher jelentősége, a szégyenérzet és magas fokú ártalomkerülés, valamint jutalomfüggés jelenléte. Ezzel szemben a 2. típusú alkoholistáknak szignifikánsan nagyobb hajlamuk van az újdonság keresésre, és alacsony ártalomkerülés jellemzi őket (Cloninger és mtsai, 1996).

Cloninger alkoholizmus tipológiája mellett, hozzá hasonlóan, bár más módszerrel Babor és munkatársai (1992) is elkülönített két alkoholizmus-típust, 17 (főleg biológiai megalapozottságú) jellemző klaszteranalízise által. Cloningerhez hasonlóan az általa jellemzett A típushoz olyan személyeket rendelt, akik későn kezdtek el túlzott mértékben alkoholt fogyasztani, kevesebb gyerekkori kockázatról és kevesebb alkoholhoz köthető problémáról számoltak be (Babor, Dolinsky, Meyer, Hesselbrock, Hoffmann és Tennen, 1992). Ezzel szemben a B típusú alkoholisták több gyerekkori rizikótényezőnek voltak kitéve, fellelhető az alkoholista családtörténet és korán kezdtek el túlzott mértékben alkoholt fogyasztani. Schuckit és munkatársai (1995) nemi különbségeket feltételező vizsgálatai szerint az alkoholproblémákkal küzdő férfiak 31%-a, míg a nők 25%-a a B-típushoz volt sorolható. Az alapvető kritikát (pl.: Ferguson és Goldberg, 1997) mind Cloninger, mind Babor elméletével szemben az jelentette, hogy az egydimenziós tipologizálás szűk kereteket teremt és nem ad átfogó magyarázatot az alkoholizmus kialakulásának megértésére.

Többdimenziós, többkategóriás magyarázat az alkoholproblémák egyik legkorábbi, de legismertebb tipologizálási kísérlete Jellinek (1960) nevéhez fűződik. Elmélete szerint öt eltérő típusú alkoholfogyasztót különböztethetünk meg. Az (1) alfa-típus, aki pszichológiai okokból kifolyólag iszik alkoholt (pl.: gyakori konfliktusok), a (2) béta-típus, akit pszichoszociális indíttatásból fogyaszt alkoholt (pl. mert éppen lehetősége van rá, vagy olyan emberek veszik körül), ők az alkalmi fogyasztók. A (3) gamma-típus, akit jellemzően a sóvárgás hajt - ők az alkoholfüggők. A (4) delta-típus, aki rendszeresen, lényegében megszokásból fogyaszt nagy mennyiségben alkoholt, anélkül, hogy a bódultság érzését keresné, és végül pedig az (5) epszilon-típus, melynek esetében az akár napokon keresztül tartó rohamszerű ivási periódusokat hosszabb absztinens periódus követ – ők az epizodikus ivók. Legtöbb kutató egyetért abban, hogy a fenti tipológia esetében a legjobban a gamma és a delta-típusú alkoholfogyasztó különíthető el egymástól (pl.: Morey, 1996; Babor és mtsai, 1992).

Lesch és Walter (1995) osztrák szerzőket - aki tipológiájának kialakításához, szinte kizárólag alkoholproblémákkal küzdő férfiakat vizsgáltak meg - módszertani szempontból sok kritika érte az egyoldalú vizsgálati populáció miatt. Ugyanakkor az általa elkülönített típusokat kiterjedt és komplex vizsgálati rendszer, pl.: anamnézis (családi háttér, pszichoszociális fejlődés), klinikai kép és más paraméterek (pl.: pupillareakció, anyagcsere) alapján hozta létre. Ami újdonság ebben a tipológiában, hogy a zavarokról teljes hosszmetzeti képet fest, kitér a kortörténeti lefolyására, és a potenciális kimenetek szerint négy típust különített el. Az (1) biológiai vulnerabilitás által meghatározott típus, aki erős sóvárgással és GABA egyensúly megbomlásával jellemezhető, a (2) konfliktuskerülő, gyakran személyiségzavarral és szorongással jellemezhető típus, a (3) depresszív típus, akit szuicid veszély fenyeget, és gyakran alvászavarral küzd, és (4) a pre-determinált típus, aki nehéz családi körülményekkel, organikus háttérrel rendelkezik. Lesch rendszerének további előnye, hogy később longitudinális kutatásai alapján differenciált, és a visszaesés megelőzését is megcélzó, gyógyszeres és egyéb komplex terápiás javaslatokkal is szolgál az egyes típusok tekintetében (Schlaff, Walter és Lesch, 2011).

### **3.1.1 Idegrendszeri kutatások**

Legkorábbi kutatások szerint szinte az összes, függőséget okozó pszichoaktív szer (így az opiátok, amfetaminok, kokain, és alkohol) direkt vagy indirekt úton a központi „jutalmazórendszert” aktiválja (Olds és Millner, 1954; Olds, 1956). Ezek közül úgy tűnik, hogy az eddigi kutatások leginkább az alkohol, jutalmazó központra történő indirekt

hatásának elméletét támogatják leginkább, melyben a középagy és a dopaminrendszert gátló GABA rendszer vesznek részt, oly módon, hogy ez utóbbi - gátló rendszer - gátlásán keresztül jutalmazó hatás érhető el (Johnson és North, 1992). Emellett az opiátok és az alkohol közötti kereszttolerancia már régen ismert (pl. morfin adagolásával az alkohol okozta elvonási tünetek csökkenthetők) és az alkohol hatása az opioid receptorokra jelenleg is kutatás tárgyát képezi (pl. Topel, 1989). Az indirekt kifejtett hatás mellett ma már a kutatások az alkohol direkt, központi hatásának elképzelését sem zárják ki, mely szerint az alkoholnak közvetlen hatása van a nucleus accumbensben a dopamin felszabadulására (pl.: Koob, Sanna és Bloom, 1998). A nucleus accumbensben egyúttal fontos kölcsönhatás alakulhat ki a felszabadult dopamin és az endogén opiátok között. melynek egyes elképzelések szerint, az alkoholfogyasztás elmaradásakor, a mezolimbikus dopaminrendszer hipofunkciója, felelős lehet akár a sóvárgásért (Addolorato, Leggio, Abenavoli és Gasbarrini, 2005), illetve az alkohol euforizáló hatásáért is (Schulteis és Koob, 1994). Az elképzelés szerint az alkohol hatására a mezolimbikus rendszerben, első sorban a ventrális tegmentális areában fokozódik dopamin aktivitása és a dopamin felszabadulás a nucleus accumbensben, a prefrontális kéregben, és az amygdalában, ami kellemes érzetet válthat ki. Ennek ismétlődése folyamán alakul ki a tolerancia, és a szenzitizáció, mely ezáltal a neurotranszmitterek működésbeli módosulásán keresztül hathat a sóvárgás komplex jelenségére (Katona, 2007). A dopaminerg rendszer (azon belül is a D<sub>2</sub> dopaminreceptor) érintettsége számos addikciós és impulzuskontroll zavar esetében felmerül, melyek vonatkozásában a „jutalomhiányos tünetegyüttes”, vagyis a dopaminrendszer alulműködését azonosították (Blum, Braverman, Holder, Lubar, Monastera, Miller és mtsai, 2000).

### **3.1.2 Genetikai vizsgálatok**

A fentiekkel összefüggésben Blum (1990) a dopamin rendszer genetikai elváltozásait vizsgálva, az alkoholizmus további genetikai predispozícióját is kutatta (Blum, Noble, Sheridan, Montgomery, Ritchie és Jagadeeswaran, 1990). Állatkísérleteken keresztül igazolta az alkoholizmus genetikai tipológiáját, miszerint a dopamin rendszer sérülése, ami a sóvárgás és a különböző pszichés tünetekért (pl.: diszfória) is felelős lehet, a dopamin receptor D<sub>2</sub> génjének módosulására vezethető vissza. Későbbiek során a viselkedésgenetikai kutatások többsége a dopamin receptor polimorfizmusát vizsgálva hasonló konklúzióra jutottak (pl.: Noble, 2000) és egyetértettek abban, hogy a jutalomhiányos tünetegyüttes kialakulásáért felelős faktort azonosították. A DRD2 gén módosulása alkoholproblémákkal küzdő személyek esetében 77%-ban volt megfigyelhető (Blum és mtsai, 1990). Hosszú ideig a

genetikai vizsgálatok egyik célja az alkoholizmusért felelős gén izolálása volt. Kezdetben úgy tűnt, hogy jelentős mérföldkőként sikerült az „alkoholizmus génjeként” azonosítani a dopaminerg receptorokat, a dopamin D2 receptorok A1 allélján. A dopaminerg neuronok fontos szerepet játszanak a hormonális háztartás, akaratlagos mozgás, érzelmek szabályozásában, ezáltal bizonyos, hogy az alkoholizmus kialakulásában is jelentős a szerepük (Ferguson és mtsai, 1997). Vizsgálatok azonban azt mutatták ki, hogy egy gén önmagában nem magyarázza az alkoholizmus kialakulását és egyre valószínűbbé vált, hogy az alkoholizmus egy „multigenetikus” vonás (Browman és Crabbe, 1999). Újabb kutatások további elhatárolt, pl. a fent említett opioid receptorokkal való kölcsönhatásnak genetikai hátterét (Town, Schinka, Tan és Mullan, 2000) és más specifikus genetikai hatások szerepét célozzák meg. Ez a szemlélet egy fajta genetikai vulnerabilitási hipotézis verifikálását tűzte ki célul, mely a hajlamosító tényezőket kívánja feltérképezni (Duaux, Krebbs, Loo és Poirier, 2000).

Egyéb humán viselkedésgenetikai kutatások (összefoglalásért lásd: Ferguson és mtsai, 1997) során legtöbbször retrospektív módon vizsgáltak ikreket, testvéreket és örökbefogadott személyeket. Eredményeik szerint a családvizsgálatokban 33%-os prevalenciát azonosítottak abban az esetben, ha legalább az egyik szülő alkoholista, az ikervizsgálatokban monoizigóta ikreknél nagyobb konkordanciát találtak az alkoholizmus fogyasztási mintázatában, mint a kétpetéjű ikreknél. Féltestvéreket vizsgáló kutatásokban azt találták, hogy az alkoholista féltestvérek 65%-ának volt alkoholista biológiai szülője, míg a nem alkoholista féltestvéreknél 20%-ban volt azonosítható alkoholista biológiai szülő. Az alkoholista szülőktől származó adoptált gyereknél ugyanolyan szintű kockázat volt megfigyelhető, mint a biológiai szülőknél maradt testvéreiknél (Ferguson és mtsai, 1997).

Az NIAAA (National Institute in Alcohol Abuse and Alcoholism) intézet mai napig zajló nagyszabású COGA (Collaborative Studies on Genetics of Alcoholism) vizsgálatának eredményei szerint egyes kromoszómák különösen fontosak az alkoholizmus kialakulása szempontjából. Az 1-es, a 7-es erősen, a 2-es kromoszóma enyhén szignifikáns tulajdonságokat hordoz az alkoholizmus kockázatával kapcsolatban, ezzel szemben a 4-es kromoszómán található gén pedig protektív szerepet tölt be az alkoholizmus kialakulásával szemben (Quickfall és mtsai, 2006).



### 3.1.3 Neurofiziológiai kutatások

Az alkoholizmus neurofiziológiai markerjeinek vizsgálata (pl.: Porjesz, Rangaswamy, Kamarajan és Jones, 2005) az alkoholfogyasztás biológiai meghatározóinak egyik kulcsterülete. Az elektromos agytevékenységet nyugodt helyzetben elektroencephalogrammal (EEG-vel) vizsgálják. Valamilyen esemény vagy kognitív feladat elvégzése alatti az agyi elektromos feszültséget (event-related brain potentials, ERP) mérik. Az ERP legfontosabb tulajdonsága a nem előrelátható ingerre adott agyi reakció, az ERP válasz, amit P300-nak, vagy egyszerűbben P3-nak is hívnak, amely az agyi feszültség eltérését okozza, mintegy 300 milliszekundummal az ingerrel való találkozást követően. Hosszú ideig a kutatók körében az a feltételezés terjedt el, hogy az alkoholistáknál megfigyelt, az átlagostól eltérő elektrofiziológiai sajátosságok az alkohol neurotoxikus hatása miatt alakulnak ki. Újabb kutatások (pl.: Almasy, Porjesz, Blangero, Goate, Edenberg, Chorlian és mtsai, 2001; Jones, Porjesz, Almasy, Bierut, Goate, Wang és mtsai, 2004) azonban rávilágítottak arra, hogy az elektrofiziológiai sajátosságokat a gének alakítják ki, amelyek összefüggésben vannak a neurotranszmitterekkel, és ezáltal közvetlenül kontrollálják az ingerelhetőséget és a gátlásosságot. Az elektrofiziológiás mérések éppen ezért igen elterjedtek, mivel hasznos biológiai markereknek bizonyultak a gátlástalansági rendellenességek, köztük az alkoholizmus kockázatának becslésében (Porjesz és mtsai, 2005).

Az ellazult állapotban lévő éber egyéneknél leggyakrabban megfigyelhető alfa hullám alacsony ritmusát és változékonyságát az alkoholistáknál már az 1940-es években észlelték (áttekintés pl.: Begleiter és Platz, 1972). Eredmények szerint az alacsony alfa hullámok, alkoholisták gyerekeinél gyakrabban fordulnak elő (Ehlers és Schuckit, 1991). A béta hullám mintázata alkoholisták esetében szintén egyértelműen elkülönül a nem-alkoholista csoporttól, a magas béta hullámokat számos kutatás bizonyította alkoholistáknál, valamint alkoholisták rokonainál egyaránt (Pollok, Earleywine, és Gabrielli, 1995). Nőknél a béta hullám erejét tekintve az eredmények kevésbé szignifikánsak, amelyet azzal magyaráznak, hogy nőknél a béta hullám ereje eleve maximalizálva van (áttekintés pl.: Rangaswamy, Porjesz, Chorlian, Wang, Jones, Bauer és mtsai, 2002). Ezek az eredmények alátámasztják, hogy az agyi hullámok és az alkoholizmus kialakulásának nemi különbségei további kutatásokat igényelnek. Kutatások igazolták továbbá a genetikai kapcsolatot az EEG béta hullámai és a GABA (gamma-amino-vajsav) receptorok alacsony szintje között. A GABA nem található meg a proteinekben, de neurotranszmitterként fontos szerepe van a központi

idegrendszerben és ma már bizonyítottan jelentős a szerepe az alkoholizmus kialakulásában (pl.: Winterer, Smolka, Samochowiec, Ziller, Mahlberg, Gallinat és mtsai, 2003).

### **3.1.4 Nemi különbségek a biológiai háttér tekintetében**

A férfiak és nők közötti eltérések vizsgálata az alkoholizmus biológiai tényezőjének egyik aktuális kérdése. Korábban felmerült, hogy az öröklés inkább a férfiak alkoholizmusát befolyásolja, illetve az öröklésben az apa génjei a meghatározóak (Cloninger, 1988; Ehlers és mtsai, 1991), de ezt az újabb eredmények cáfolták (pl. Quickfall és mtsai, 2006). A korábbi elméleteket feltehetőleg a vizsgálatokban szereplő alkoholista anyák, illetve nők alacsony elemszámából adódó torzítás támasztotta alá. Heath (1995) szakirodalmi áttekintésében arra a következtetésre jutott, hogy az elfogyasztott alkohol mennyisége és gyakorisága tekintetében a genetikai tényezők a nők és férfiak esetében egyaránt fontosak. Nolen-Hoeksema és Hilt (2006) szerint bár a nőknél kisebb a kockázat az alkoholizmus kialakulására, mégis több negatív biológiai következményt kell elszenvedniük az alkoholfogyasztás következtében. Azonos mennyiségű alkohol elfogyasztása után nőknél magasabb a vérben az etanol szintje, mint a férfiaknál, mivel a nők testében átlagosan kisebb mennyiségű víz és nagyobb mennyiségű lipid található, valamint a kisebb testsúly miatt az alkoholfogyasztást követően a vér alkoholszintje magasabb (Holmila és Raitasalo, 2005). A nagyívás következményei egyes kalkulációk szerint a nőknél jelentősebb, mintegy 160%-kal növelve a halálozási kockázatot, szemben a férfiaknál megfigyelhető 40%-kal (Klatsky, Armstrong és Friedman, 1992). A kutatási eredmények arra is rámutattak, hogy a túlzott alkoholfogyasztás következtében kialakuló agyi károsodás (pl. atrofia) és ezáltal a munkamemória károsodása, gyorsabban alakul ki nőknél, mint férfiaknál (Caldwell, Schweinsburg, Nagel, Bartlett, Brown és Tapert, 2005). A *teleszkópiának* nevezett jelenség, amely alatt az első alkoholfogyasztásból az alkoholizmushoz vezető utat értik, a vizsgálatok szerint nőknél gyorsabban alakul ki, mivel visszamenőleg megállapították, hogy az alkoholproblémákkal küzdő nők esetében az első elfogyasztott alkoholos ital és a tapasztalt járulékos problémák között kevesebb idő telt el (Piazza, Vrbka és Yeager, 1989).

A fent összefoglalt genetikai és élettani tényezők szerepét vizsgáló kutatások jól illusztrálják a kérdés sokrétűségét és szerteágazóságát, és egyúttal megerősítik, hogy ezen tényezőknek a túlzott alkoholfogyasztás megértésében kulcsfontosságú és megkerülhetetlen jelentőségük van. Szembetűnő, hogy a kutatások túlnyomó többsége csak, már fennálló alkoholproblémákkal rendelkező felnőtteket vizsgált, és a fiatalok alkoholfogyasztásának



biológiai meghatározói még a jövőbeni kutatások tárgya lehet. Az eredmények gyakorlati vonatkozása is alapvetően fontos, mivel célzott szűrések segítségével hozzájárulnak a megelőzés és a korai felismerés hatékonyságához. Érdemes megemlíteni, hogy Verheul, van den Brink és Geerlings (1999) elmélete szerint ezen biológiai markerek és tényezők az alkoholfogyasztás különböző mintázatánál játszanak fontos szerepet. Megkülönböztettek háromféle „vágyakozást” (craving) az alkohol iránt, amely eltérő biológiai-élettani alapokon nyugszik: a jutalmazást kereső vágyakozás oka a dopaminerg rendszer diszfunkciója; a megnyugvást kereső alkoholfogyasztás a GABA receptorok diszfunkciójára vezethető vissza; és a kényszeres vágyakozás az alkohol után nem jellemezhető egyértelműen biológiai tényezőkkel (Verheul, van den Brink, Gerlings, 1999). Ilyen jellegű komplex személetben gondolkodó elméletek adhatják meg a jövőbeni, alkoholfogyasztással kapcsolatos kutatások keretét.

### **3.2 SZOCIOKULTURÁLIS TÉNYEZŐK**

Az alkoholnak kulturális és szimbolikus jelentősége is van a társadalomban. Kontextus függő (pl.: szórakozóhelyen, étteremben) és alkalomhoz kötött (pl.: ünnepek, hagyományok) fogyasztási szokás létezik, melyet a társadalom által elfogadott és támogatott (Babor, 2004). A szociokulturális modell felveti a társadalom felelősségét tekintetben, hogy milyen formában és mértékben hozzáférhetőek a függőséget okozó szerek. Emellett a társadalmi egyenlőtlenségek, a társadalmi értékrend zavarához, vagyis anómiás állapot kialakulásához vezethetnek (Durkheim, 1982). E tekintetben a kulturális hatások – vallás, reklám és tömegkommunikáció – szerepe sem elhanyagolható. Nem hagyható figyelmen kívül a társadalom attitűdje a szerfogyasztáshoz, sem az, hogy az alkohol része a társas érintkezésnek is.

#### **3.2.1 Szocio-ökonómiai jellemzők és gazdasági helyzet szerepe**

A nagyívás mértékét illetően fontos előrejelzőnek bizonyul az *anyagi források* kiterjedtsége, ugyanakkor nagyon kevés kutatás foglalkozott eddig a például a *munkanélküliség* és a nagyívás összefüggéseivel. Droomers és munkatársai (1999) egy holland mintán azt találták, hogy az anyagi depriváció, a szociális deprivációval ellentétben, a nagyívást nagymértékben képes magyarázni. A nagyívás esélye háromszor akkora volt munkanélkülieknél, mint a rendszeres munkahellyel rendelkezők körében (Droomers és mtsai, 1999). Úgy tűnik azonban, hogy a munkanélküliség önmagában inkább az iváshoz fűződő problémákkal áll szoros kapcsolatban, mint az ivás mértékével (Mullahy és Sindelar, 1996). Érdekes ugyanakkor,

hogy a fiatalok körében az anyagi helyzet és a nagyivás közötti összefüggés fordítottnak tűnik. Egy finn kutatás azt az eredményt hozta, hogy a fiatalok, akik több mint 10 órát dolgoznak egy héten, nagyobb valószínűséggel fogyasztanak nagymértékben alkoholt, mint nem dolgozó társaik (Kouvonen és Lintonnen, 2002). A szerzők az eredményt azzal magyarázták, hogy a fiatalok munkavégzésből adódó jövedelme a szülők hatáskörén kívül esik, ezért a diákok pénzköltése nem kontrollálható tovább. Egy másik finn kutatás szerint a lerészegedés gyakorisága 18 éves fiatalok körében megugrott, amint több zsebpénzről számoltak be (Lintonnen és mtsai, 2000). Ezzel szemben egy Spanyolországban végzett longitudinális vizsgálat ellenkező eredményeket hozott, azaz a zsebpénz mértéke nem tudta előrejelezni a nagyivás valószínűségét (Ariza és Nebot, 2000). Egy 14 európai országot összehasonlító gazdasági elemzés szerint, Spanyolországban voltak a legolcsóbbak az alkoholtartalmú italok, míg Finnországban a legdrágábbak (Leppänen, Sullstrom, és Suoniemi, 2001), tehát akár kisebb zsebpénz is megfelelő hozzáférést biztosíthatott az alkoholhoz.

A fentiekkel kapcsolatosan felmerül, hogy azokban az országokban nagy a fogyasztás, ahol az alkohol olcsóbb, tehát hozzáférhetőbb („*availability theory*”, azaz hozzáférhetőségi elmélet). Egy amerikai vizsgálat szerint a nagyivás azokon az egyetemeken a leggyakoribb, ahol környéki árusítók helyek hétféle árrendelvényekkel (*happy hours*) dolgoznak (Kuo, Wechsler, Greenberg és Lee, 2003). A hozzáférhetőséggel kapcsolatos elképzeléseknek ellentmondó eredmény, hogy egyes országokban (Anglia, Írország), ahol újabban korlátozzák az árusítók helyek nyitvatartási idejét, a nagyivás eddig soha nem tapasztalt mértékeket ölt (Plant, Plant és Mason, 2002). Ezek az eredmények arra engednek következtetni, hogy a problémás alkoholfogyasztás meghatározásakor az olyan körülményeket sem szabad figyelmen kívül hagynunk, mint az ország aktuális politikai-gazdasági helyzete, és az egyén szociális helyzete az adott társadalomban. Ezek fontos járulékos információkat szolgáltathatnak egyes társadalmi rétegeknek intézett prevenciók törekvések megszervezésekor.

### **3.2.2 Kulturális különbségek és a vallás szerepe**

A definíciók ilyen mértékű egyenetlenségének egyik feltehető oka az alkoholfogyasztásban megjelenő kulturális különbségek, az alkoholfogyasztás társadalmilag elfogadott mértékeinek eltérése, valamint az alkoholhoz kapcsolódó különböző értékek és szokások világa. Az empirikus kutatások például egyértelműen bizonyítják a vallásosság protektív szerepét a nagyivásban (Jessor, Turbin és Costa, 1998, Ham és mtsai, 2003, Pikó, 2003, Pikó és Fitzpatrick, 2004). A vallás több tényezőn keresztül is hozzájárul az alacsonyabb

alkoholfogyasztáshoz: egyrészt normákon és szokásokon keresztül szabályozza az ivást, másrészt társas támogatást, kapcsolati hálót biztosít és segíti a stresszel való megküzdést (Patock-Peckham, Hutchinson, Cheong és Nagoshi, 1998, Pikó, 1999, Kopp és Skrabski, 2003). A vallás szerepét bizonyítják Michalik és munkatársai több mint 7000 fős felnőtt mintán, miszerint a vallás szorosan összefügg az alkoholfogyasztás gyakoriságával és a nagyivás előfordulásának 28,1%-át magyarázza (Michalak, Trocki és Bond, 2007). Egy hazai, 1240 fős iskolai mintán végzett kutatás is egyértelműen alátámasztotta, hogy a vallásos mutatók együtt jártak a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás alacsonyabb előfordulásával (Pikó, 2003).

A vallásosság tehát védőfaktornak tűnik: Egyes adatok szerint minél gyakrabban vesz részt valaki, vallásosságát gyakorló eseményeken, annál ritkábban iszik – ez a hatás nemtől független (Mullen és Francis, 1995). Ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül a vallások alkoholhoz fűződő viszonya sem. A zsidó vallás integrálja az alkoholhasználatot a tradicionális szertartásokba, míg az arab vallások tiltják az alkohol fogyasztását. Érdekes eredmény (Kerr-Correa és mtsai, 2007) miszerint a zsidó vallást gyakorlók esetében magasabb gyakoriságú, az arab vallást gyakorlók körében viszont nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztást találtak (azaz, amennyiben történik alkoholfogyasztás, akkor részegségig). Úgy tűnik, amennyiben egy kultúrában az absztinencia értéknek számít, akkor nem alakulnak ki kontrolláló mechanizmusok, ezáltal gyakoribb lesz a problémás ivás.

Ugyanígy az elképzelés, miszerint a részegség agresszivitáshoz, vagy antiszociális viselkedéshez vezethet, jobban elterjedt egyes kultúrákban, mint másokban (Kerr-Correa és mtsai, 2007). A legtöbb amerikai indián illetve, eszkimó törzsnek súlyos problémát okozott az alkohol megjelenése. Room (1985) szerint az önkontroll, mint érték hiányzik az indián kultúrából, ezzel szemben a zsidó és a kínai kisebbségek nagy fontosságot tulajdonítanak neki (Peele, 1987). Ezekre a csoportokra jellemző, hogy elfogadják a kontrollált alkoholfogyasztást, de elutasítják a kontrollvesztő ivást, és kiközösítik azt, aki ilyen viselkedést tanúsít.

Pikó és Fitzpatrick (2004) kutatása a nem befolyásoló szerepével kapcsolatban érdekes eredménnyel szolgál, amely arra mutatott rá, hogy bár a nők között magasabb a vallásosok aránya, a vallás mégis a férfiaknál tűnik erősebb védőfaktornak a túlzott alkoholfogyasztás és a dohányzás ellen. Patok-Peckham mtsai (1998) cikkében megkülönbözteti az intrinzik és extrinzik vallásosságot, amely csoportokba a hívők az ego-involváltság mértéke szerint kerülnek. A szerző azt találta, hogy csak az intrinzik vallásosság korrelált negatívan a

problémás alkoholfogyasztással és az ivás kontrollálásával. A vallás és a nagyívás kapcsolatának egyik kulcsfontosságú kérdése, hogy vajon a vallásosság önmagában vagy egyéb tényezők (pl. a nem, a társadalmi helyzet, a szenzoros élménykeresés, mint személyiségvonás) közvetítésével hat-e védőfaktorként (Pikó, 1999, Michalak, és mtsai, 2007). Nemzetközi és hazai vizsgálatok egyaránt alátámasztják, hogy az idősebbek, a nők, a házasok és a rosszabb anyagi helyzetben lévők között magasabb a vallásosok aránya (Kopp és mtsai, 2003, Pikó és mtsai, 2004) és egyúttal ezen szociodemográfiai jellemzők mentén alacsonyabb a nagyívás előfordulása is (Michalak, mtsai, 2007). Összességében azonban a vizsgálatok arra jutottak, hogy a vallásosság egy független konstruktum, amely a túlzott mértékű alkoholfogyasztást önállóan előrejelöl és magyarázza (Ham és mtsai, 2003).

### **3.2.3 Társadalmi szerepek**

Annak ellenére, hogy kutatók jelzik a korai alkoholfogyasztás jelentőségét a későbbi problémák kialakulása tekintetében, nem mindenki esetében marad fenn a nagyívás az egyetemi éveket követően. Vizsgálatok ugyan kimutatták, hogy nagyívók esetében, nagyobb a hajlam a 7 (O'Neill és Sher, 2000) vagy akár 20 (Fillmore, 1974) évvel későbbi problémák kialakulására, de ebből nem feltétlenül következik a hajlam manifesztálódása. Természetesen emellett, hogy fontos feltárni azokat a tényezőket, melyek a későbbi alkoholfogyasztási problémákhoz vezetnek, emellett azt is lényeges megvizsgálnunk mely szempontok számíthatnak protektív faktorként a probléma eszkalálódását megelőzően. Felmerül tehát a kérdés, hogy vajon miért csökken egyesek esetében az nagyívás és milyen tényezők mellett marad fenn a probléma vagy válik súlyosabbá.

Kandel (1980) *szocializációs elméletében* a szerepek átformálódásáról értekezik. Elmélete szerint az új szerepek felvétele segíthet az alkoholfogyasztás csökkentésében. Kutatók az idők során igyekeztek utakat és kapcsolatokat feltárni a szerep-transzformáló változók (pl.: házasság, szülővé válás, munkába állás) és a későbbi alkoholfogyasztás között. Gotham, és mtsai (1997) egy longitudinális kutatás keretben a kutatásuk első fordulóját tudatosan a középiskola utolsó évében indították, majd 3 évvel később folytatták, amikor a résztvevők már a főiskolai képzésükön túl voltak. A kutatás eredményei szerint a férfiak körében, a diákevek során kialakult nagyívást a munkába állás ténye hatékonyan csökkentette. A házasság ténye nem jósolta be egyértelműen a nagyívás tényét, talán azért, mert azok a fiatalok, akik röviddel az érettségi után megházasodnak, minőségileg más életvitel és konzervatívabb szemlélet miatt eredetileg sem jellemezte a szélsőséges alkoholfogyasztás. Gotham és mtsai (1997) eredményei alátámasztják a szerepmódosulási elméletet és egyúttal

felhívják a figyelmet az alkohollal kapcsolatos olyan jellegű intervenciók sikerességére, melyek az életcélok megerősítését és a vágyott szerepek definiálását segítik.

Összességében ezek az eredmények arra engednek következtetni, hogy a problémás alkoholfogyasztás meghatározásakor az olyan körülményeket sem szabad figyelmen kívül hagynunk, mint az ország aktuális politikai-gazdasági helyzete, és az egyén szociális helyzete az adott társadalomban, illetve az egyénen belül lezajló folyamatok, a társadalmi szerepeknek történő megfelelés vagy épp ellenlázadás fontosságára. Ezek fontos járulékos információkat szolgáltathatnak egyes társadalmi rétegeknek intézett prevenciós törekvések megszervezéséhez.

### **3.3 SZEMÉLYISÉGBELI TÉNYEZŐK**

A kutatók a személyiséget meghatározó tényezők sorát vizsgálták eddig, annak érdekében, hogy megmagyarázzák az emberi viselkedés sokrétűségét, beleértve a rizikóviselkedést is (Vollrath és Torgersen, 2002). A problémás alkoholhasználatot illetően vizsgált személyiségtényezők két nagy csoportjával foglalkozom most röviden: egyrészt a szenzoros élménykeresés, impulzivitás vagy újdonságkeresés kérdésével, másrészt a neuroticizmus, emocionalitás vagy negatív affektivitás területével. Ezután mutatom be az alkoholfogyasztással leggyakrabban előforduló komorbid zavarokat, majd végül röviden kitérek az alkoholproblémák etiológiáját magyarázó pszichodinamikus elméletekre is.

#### **3.3.1 Szenzoros élménykeresés és impulzivitás**

A magas fokú *szenzoros élménykeresés* és a nagyívás kapcsolata kiterjedt szakirodalmi háttérrel rendelkezik (áttekintés pl.: Hittner és Swickert, 2006). A kutatók a magas fokú szenzoros élménykeresést általánosságban gyakran hozták összefüggésbe a fogyasztott alkohol mennyiséggel és a fogyasztás gyakoriságával (Zuckerman, 1994), majd pedig, a terápiás segítséget kérő alkoholfüggő felnőttek esetében azt is kimutatták, hogy a szenzoros élménykeresés egyenes összefügg a problémák korai kezdetével (Ball, Carroll és Rounsaville, 1994). A szenzoros élménykeresés és alkoholproblémák összefüggését többnyire a férfiak körében találták kimagaslóan erősnek (Bear, 2002). A legtöbb kutatás a témában fiatalokat és serdülőket vizsgált. Középiskolás diákok populációján például azt találták, hogy nagyívással jellemezhetőek valószínűbben keverednek kockázatos vagy problémás viselkedésbe (McCabe, 2002), ami ezeknél a fiataloknál a szenzoros élménykeresés tendenciáját indokolja. Ha a serdülőkori szenzoros élménykeresés magyarázataira helyezzük a hangsúlyt két fő nézőpont létezik. Az első lehetőség, hogy az alkohol idegrendszeri hatásai megváltoztatják a

serdülő központi idegrendszerének aktivitásszintjét, és a viselkedési gátlási folyamatai oldódnak (Zuckerman, 1994). Ebben az esetben az alkoholfogyasztás újabb tapasztalatokat jelent, és akár unaloműzésként is szolgálhat. A másik lehetőség, hogy a szenzoros élménykeresés és az alkoholfogyasztás közötti kapcsolatot a viselkedésre vonatkozó elvárásokkal magyarázzák. A magas szenzoros élménykereső személyek elvárásai az alkoholfogyasztással kapcsolatban nagyobb mértékben jósolnak pozitív következményeket és kevésbé látják meg a negatív következményeket (Urbán, Czeglédi, Kovács és Kelemen, 2008a).

Ugyanakkor, ezzel szemben, az egyik legnépszerűbb magyarázat a két változó összefüggésére az, amely mégis egy harmadik változó hatását feltételezi a háttérben, és biológiai szempontból vizsgálja a kérdéskört. Kutatók arra jutottak (pl. Zuckermann, 1994) hogy a szenzoros élménykeresés negatív, a nagyívás pedig pozitív korrelációt mutat a MAO (monoaminoxidáz) szintjével, mely többek között például a dopamin regulációjáért felelős. A MAO és a szenzoros élménykeresés negatív kapcsolata felelős nagy részben, a dopamin és a szenzoros élménykeresés pozitív korrelációjáért (Netter és Rammsayer, 1991). Az emelkedett dopaminszint pedig okozhatja a magasabb szenzoros élménykeresőknél a fokozott alkoholfogyasztást. Az alkohol és más kábítószer használat fokozott dopamin felszabadulást vált ki az agy jutalmazási rendszerének központi területein (Koob és Le Moal, 1997; Robbins és Everitt, 1996). A felszabaduló dopamin tovább erősíti a jövőbeni viselkedést, tehát az alkoholfogyasztást (Wise, 1980).

A molekuláris genetika a dopamin és az alkoholfogyasztási viselkedés kapcsolatára további bizonyítékokkal szolgál. Kutatások a D2 dopamin receptor (DRD2) polimorfizmus és az alkoholfogyasztás mennyisége valamint az alkoholfüggőség súlyossága között szoros összefüggést találtak. (Connor, Young, Lawford, Ritchie, és Noble, 2002). A szenzoros élménykeresés és a dopamin kapcsolatát vizsgáló genetikai kutatások a 4-es típusú dopamin receptor gén polimorfizmus és az újdonságkeresés között összefüggést mutatnak ki (Keltikangas-Järvinen, Elovainio, Kivimäki, Lichtermann, Ekelund és Peltonen, 2003).

Eszerint a szenzoros élménykeresés stabil személyiségjellemző, mely a felnőttkorban nem tűnik el, bár a mértéke az idővel változhat (Zuckermann, 1994), így nyitva hagyja a fiatalkori alkoholfogyasztással való kapcsolatát serdülőkor után is, mely terület a későbbi kutatások tárgya lehet.

Az *impulzivitás* közvetítő személyiségváltozó lehet a szenzoros élménykeresés és az alkoholfogyasztás kapcsolatában (Hittner és mtsai, 2006). Eredmények szerint az impulzivitás



szintén pozitívan korrelál az alkoholfogyasztás mennyiségével és gyakoriságával, de az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémákkal nem (Camatta és Nagoshi, 1995). Brennan és munkatársai (1986) átfogó áttekintést nyújtanak az általánosságban „impulzus kifejezés/szenzoros élménykeresés”-nek címkézett személyiségdimenzió és a problémás ivás közötti összefüggésekről. Ezekben a korai vizsgálatokban a nagyivókat örömorientáltsággal, extrovertáltsággal, impulzivitással és non-konformitással jellemezték. Ez az összefüggés mind a nők, mind a férfiak esetében igaznak tűnik.

### **3.3.2 Szorongás, depresszió és komorbiditás**

A személyiségjegyek, illetve a hangulattal kapcsolatos jellemzők másik nagy csoportja, melyek általában a kutatások során az alkoholfogyasztással összefüggést mutatnak, az a szorongás, neuroticizmus, emocionalitás vagy depresszió. Egy áttekintő tanulmány szerint (Brennan és mtsai, 1986) összefüggés van a neuroticizmus és az ivás gyakorisága között, de ez az összefüggés nem volt érvényes az elfogyasztott mennyiségre. Emellett nagyon magas összefüggést találtak a szorongás és az alkoholfogyasztás negatív körülményei, valamint a depresszió, magány, frusztrációk és az alkoholfogyasztás gyakorisága, mennyisége valamint negatív következmények között (Brennan és mtsai, 1986). Az alkoholfogyasztás a szorongással, negatív érzelmi állapotokkal való kapcsolata nem meglepő, amennyiben a megküzdés szerű ivást vesszük figyelembe, ahol az alkohol eszköz a negatív érzelmek és a depresszió leküzdésében (pl.: Treisman és Beck, 1996), egyesek szerint a nagyivás, mint a megküzdés egyik eszköze, főleg a nőkre érvényes (pl.: Mäkelä és mtsai, 2000).

A fenti eredményeket igazolja az alkoholbetegség és a szorongásos, valamint depresszív zavarok magas komorbiditása is. A reciprok komorbiditást igazolja, hogy az általános, hangulattal kapcsolatos problémák a hangulatzavarokat, szorongásos zavarokat és alkohollal kapcsolatos diagnózis egyaránt jellemzik (pl.: Sher és Trull, 1994). Emellett a negatív hangulati állapotokat mérő kérdőíveken magasabb pontszámot értek el azok, akiknél komorbid alkoholprobléma is szerepelt (pl.: Brooner, Templer, Svikis, Schmidt és Monopolis, 1990). Ez az összefüggés mind klinikai, mind normál populáción kimutatható volt (Sher, Trull, Barholow és Vieth, 1999).

Klinikai kutatások szerint az alkoholos komorbiditás a bipoláris zavarok esetében a leggyakoribb (Goodwin és Jamison, 2007), és ezzel összefüggésben bipoláris zavarban szenvedők, az alkoholos érintettség mellett, több konfliktust és párkapcsolati distresszt (Whisman, 2007), valamint gyakoribb hospitalizációt és magasabb öngyilkossági rátát (Dutta,

Boydell, Kennedy, van Os, Fearon, Murray, 2007; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair és Harriss, 2005) tapasztalnak. Egyes elképzelések szerint az alkohol ráadásul a zavar lefolyását, vagyis a hangulati ingadozások gyakoriságát és amplitúdóját is befolyásolhatja (Frye és Salloum, 2006).

Generalizált szorongás esetében az alkoholdependencia éves prevalenciája 15%, és az alkoholfüggők körében a generalizált szorongás zavar előfordulása háromszorosa a normál populációhoz képest (Grant, Stinson, Davson, Chou, Dufour, Compton és mtsai, 2004). Kutatók egyetértenek abban, miszerint az esetek több, mint 60%-ban a szorongásos probléma az alkoholfüggőséget megelőzi (Kushner, Sher és Beitman, 1990; Brown, Campbell, Lehman, Grisham és Mancill, 2001).

A szociális szorongás és az alkoholprobléma közötti összefüggés serdülők körében gyakran kutatott téma (pl. Zimmerman, Wittchen, Höfler, Pfister, Kessler és Lieb, 2003; Morris, Stewart és Ham, 2005) de az összefüggések bizonyítást nyertek felnőtt mintán is (pl. Grant és mtsai, 2004)

Szerteágazó kutatások támasztják alá az alkoholproblémák és a személyiségzavarok közötti összefüggést is (pl.: Ball, Tennen, Poling, Kranzler és Rounsaville, 1997; Sher és Trull, 2002; Verheul, Hartgers, van den Brink és Koeter, 1998). Ugyanakkor a hangulatzavar és az ezzel kapcsolatos érzelmszabályozási deficit, amit leginkább az alkohol- és szerhasználati problémákkal hoztak kapcsolatba, különösen a B-klaszterbe tartozó személyiségzavarokra igaz (pl. borderline személyiségzavar: Linehan, 2010). Hasonló összefüggést találtak a korábban tárgyalt szenzoros élménykeresés és B-klaszterbe tartozó személyiségzavarok között (pl. antiszociális személyiségzavar: Trull, Sher, Minks-Brown. Durbin és Burr, 2000).

### **3.3.3 Öngyógyítás**

A korábbi, analitikus teóriák az orális fixációra, vagy frusztrációk enyhítésére, a pszichodinamikai magyarázatok a szorongásra, és a stressz csökkentésére, helyezik a hangsúlyt az alkoholproblémák magyarázatánál. A pszichoanalitikus iskola szerint a szenvedély lényege az anyának valamilyen eszközzel vagy tevékenységgel történő helyettesítése. Az orális korszakban bekövetkezett sérülés fixációhoz, majd ezen keresztül alkoholfogyasztáshoz vezet. Fontos maga az alkoholhatás pszichodinamikája is. Az alkohol felszabadít, mert csökkenti a szorongást, a büntudatot, a szégyenérzetet (Wurmser, 1974) ugyanakkor öndestruktív és önbüntető jellegét is hangsúlyozzák.



Az egyik népszerű analitikus személetes modell Khantzian (1985,1997) nevéhez fűződik. Elképzelése szerint az alkoholfogyasztás (és más szerek fogyasztása is) azért történik, hogy az érintettek az átélt pszichés tünetek okozta emocionális distresszt enyhítsék, és megküzdjenek bizonyos pszichés állapotok okozta kihívásokkal. A szerhasználat ebben az értelemben a pszichofarmakológiai működés és a fájdalmas érzések együttes eredményeként jön létre, és semmiképpen nem véletlen, hanem egy tudattalan választás következménye. A választás lényege, hogy a személy attól függően fog valamilyen szerhez nyúlni, hogy milyen jellegű a pszichopatológiai problémája, illetve személyiségbeli zavarai. A szerhasználat ezáltal csupán másodlagos folyamat, hiszen az elsődleges problémát (pszichopatológiát) igyekszik elfedni.

A népszerű modellt újabban érték kritikák is, pl. bipoláris betegekkel foglalkozó kutatások keretében (Bizzarri, Rucci, Sbrana, Gonnelli, Massei, Ravani és mtsai, 2007; Meyer, McDonald, Douglas, és Scott, 2012; Healey, Peters, Kinderman, McCracken és Morriss, 2009) ahol a depresszív és mániás szakaszok között mért alkoholfogyasztással kapcsolatban olyan jellegű okok és motivációk is felmerültek, melyek nem illeszthetők be a fenti szelf-medikációs hipotézisbe. Ilyen alkoholfogyasztási okok között szerepelt a betegek által említett „eufóriás állapot elérése vagy fenntartása”, „a szer hatásának élvezete”, vagy éppen a „normalitás felé való törekvés” (Healey és mtsai, 2009). A fenti nézetekben közös, hogy az alkoholfogyasztásnak valamilyen szerepet tulajdonítanak, tehát valamilyen funkciót tölt be az érintettek életében. Az illető azért fogyaszt alkoholt, hogy elérjen bizonyos kimeneteket, mely gondolat megegyezik az alkoholfogyasztás motivációs modelljének (Cox és Klinger, 1988; Cooper, 1994) alapgondolatával.

### **3.4 KOGNITÍV - ÉS TANULÁSELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSEK**

A tanuláselméleti, és viselkedéslélektani megközelítések az ivás jutalmazó hatásával, a magatartás változásával járó kognitív attitűdjével és következményes megerősítéssel magyarázzák, többnyire az első ivási kísérletet követő ivást, majd az italozás folytatását. A tanuláselméleti megközelítés szerint minden drogfogyasztó magatartás, így az alkoholproblémák is, a viselkedési minta elsajátítása és annak megerősítése révén alakul ki és ismétlődik. A viselkedéses megerősítés lehet pozitív, illetve negatív. A pozitív megerősítés esetében a szerfogyasztás célja a kellemes állapot (pl. eufória) elérése (húzásmechanizmus), ezzel szemben a negatív megerősítés esetében a szerfogyasztás célja egy kellemetlen állapot (pl. szorongás, megvonás) megszüntetése vagy elkerülése (lökésmechanizmus). Ebben az értelemben az addiktív viselkedés az alkoholfogyasztó viselkedés sorozatos megerősítése

révén marad fenn (Bácskai és Gerevich, 2000). Az addikció fennmaradásában, az alkohol kényszeres keresésében és használatában a szer fogyasztásával összefüggő ingerek is döntő szerepet játszanak. Ilyen triggererek lehetnek (1) elsődlegesek, melyek az addiktív életformához kapcsolódnak (pl. kocsma légköre), illetve (2) másodlagosak, melyek belső ingerekhez köthetőek (pl. sóvárgás, depresszió, szorongás) vagy (3) harmadlagosak, melyek a konvencionális élet elemei (pl. baráti összejövetelek) melyek leküzdésével kell megtanulni megbirkózni például egy terápia keretében (Bodrogi, 1998).

Az addikciók kognitív modellje Marlatt nevéhez fűződik, aki négy kognitív folyamatot írt le, melyek az addikciókkal kapcsolatba hozhatók (Marlatt és Gordon, 1985). (1) A *hatékonyság*, amely tulajdonképpen az egyén ítélete arra vonatkozólag, hogy egy magas kockázatú helyzethez kompetensen tud viszonyulni (pl.: tudok nemet mondani), (2) az *elvárások*, vagyis azok a feltételezések, melyek bekövetkeztére a szerfogyasztással összefüggésben az egyén számít (pl.: fantasztikusan fogom érezni magamat), (3) az *ok-okozati viszony*, mely az egyén azon hiedelmét jelenti, hogy a szerhasználat külső vagy belső tényezőknek tudható be (pl. ezen a helyen bárki függővé válna), és (4) a *döntéshozás*, hisz Marlatt szerint a szerhasználat többszörös döntések folyamata, ami további szerhasználatához, vagy akár absztinenciához is vezethet (Marlatt és Gordon, 1985).

### **3.4.1 Az alkohollal kapcsolatos elvárások és motívumok**

A legfrissebb kutatások a nagyívás előrejelezhetőségét illetően, az alkoholfogyasztással kapcsolatos elvárások és motivációk jelentőségét hangsúlyozzák. Az irodalomban a „drinking motives” (ívás motivációi), „expectances” (elvárások) és a „reasons for drinking” (ívás okai) kifejezéseket sokszor felváltva és egymás szinonimájaként használják. Annak ellenére, hogy a három kifejezés nagyon hasonlóan tűnik, mégis akad különbség közöttük. Az *elvárások* olyan, pozitív vagy negatív (viselkedéses, emocionális és kognitív) hatásokkal kapcsolatos gondolatok, vagy hiedelmek, amelyek az alkoholfogyasztás következtében jöhetnek létre (pl.: Baer, 2002). A *következmények* ezzel szemben a konkrét kimenetelt jelzik. A *motivációt* ennél tágabban értelmezzük, még pedig, a viselkedés tudatos, vagy kevésbé tudatos okaként, mely a személy energiáit egy adott célra irányítja (Cox és Klinger, 1988). Ezzel szemben az *ívás okai* alatt általában racionálisabb, specifikusabb jelenségeket értünk, melyek nem sorolhatók be tágabb kategóriákba, például, ha valaki azért iszik, hogy el tudjon aludni.

A kezdeti, alkoholfogyasztással kapcsolatos, kutatások bebizonyították, hogy az alkoholfogyasztáshoz fűződő elvárások, mint kognitív faktor, komoly szerepet játszanak az alkoholfogyasztás mértékét és gyakoriságát illetően (pl.: Brown és mtsai, 1980; és Brown,

1985). A témában úttörő kutatásnak Marlatt, Demming és Ried (1973) eredménye, miszerint az alkoholisták kontrollvesztéses ivászata inkább köthető az alkoholhoz fűződő elvárásaikhoz, mint az aktuálisan elfogyasztott alkohol mértékéhez.

Számos tanulmány készült, mely a különböző elvárások és a problémás alkoholfogyasztás közötti összefüggéseket kívánta igazolni (pl: Brown, 1985; Martin és mtsai, 1993; Reis és Riley, 2000; Wood és mtsai, 1992), beleértve a pozitív elvárások - későbbi, problémás alkoholfogyasztással kapcsolatos - magyarázó erejét, még nem alkoholizáló diákok esetében is (Smith, Goldman, Greenbaum és Christiansen, 1995). Az eddigi vizsgálatok azt mutatták, hogy egyéb változók (pl. gazdasági-társadalmi státusz, nem, kor, etnikum stb.) kontrollálása mellett az elvárások a nagyívást előrejelzik, de ez a különösen pozitív elvárások esetében igaz, míg a negatív elvárások prediktív ereje gyengébb (Brown, 1985; Smith és mtsai, 1995; Urbán és mtsai, 2008a; Urbán, Kökönyei és Demetrovics, 2008b). A kutatások azt is alátámasztják, hogy a problémás alkoholfogyasztók többsége egyrészt erős pozitív elvárásokat táplál a rövidtávú pozitív hatások iránt, másrészt nem táplál negatív elvárásokat a hosszútávú negatív hatások iránt (Lewis és O'Neill, 2000). Kuntsche (2007b) éppen ezért felveti, hogy a primer prevenciós munkában a pozitív elvárások csökkentése vagy a negatív elvárások erősítése az alkoholfogyasztás megkezdése előtt hatékony lehet.

Az alkoholfogyasztást magyarázó elméletek között egy időben egyeduralkodónak számított az alkohol *feszültség-csökkentő hipotézise*, melyet széles körben alkalmaztak az alkoholfogyasztó magatartás magyarázatára (Young, Oei és Knight, 1990). A hipotézis szerint az alkoholfogyasztás elsődleges célja a feszültség csökkentése, így a későbbi, alkoholfogyasztás iránti sóvárgás esetében az alkohol negatív megerősítőként működik. A teória szerint, az alkohollal szembeni erős pozitív elvárások (azaz alkoholfogyasztás, mint pozitív megerősítő), illetőleg a negatív következményekkel kapcsolatos gyenge elvárások, kicsapongó alkoholfogyasztáshoz, majd problémás alkoholfogyasztáshoz vezetnek (Burke és Stephens, 1999). Brown (1985) azt találta, hogy az alkohollal kapcsolatos nyugtató, feszültségoldó hatás elvárása a problémás ivás legerősebb bejósolója. Ráadásul azok a diákok, akik a feszültség csökkentése céljából isznak, gyakrabban számolnak be negatív hangulatról, depresszív tünetekről (O'Hare és Sherrer, 1997). A kutatások a feszültségoldó iváztatot továbbá az ivás negatív következményeivel hozták összefüggésbe. Egyetemistákat vizsgálva, azt találták, hogy akiknek feszültségoldó elvárásai voltak az alkohollal szemben, több akut negatív következményről számoltak be, többször vezettek ittasan, és gyakrabban kerültek

összetűzésbe a törvénnyel, mint társaik, valamint többet költöttek alkoholra (O'Hare és Sherrer, 1997).

Ezzel szemben a *szociális jellegű elvárásokhoz* olyan gondolatok kapcsolódnak, melyek szerint az alkohol segít élvezni a társas helyzeteket. Kutatások szerint ez a fajta elvárás a diákok körében rendkívül gyakori, és erősen összefügg az alkoholfogyasztás rendszerességével (Martin és mtsai, 1993). Brown (1985) szerint ugyanakkor fontos eredmény, hogy az ilyen jellegű elvárások és a problémás alkoholfogyasztás között nem talált összefüggést.

### **3.4.2 Implicit és explicit kogníciók**

Az utóbbi időben egyre nagyobb figyelem irányult az alkoholfogyasztás kognitív tényezőinek vizsgálatában arra, hogy a motivációkkal és elvárásokkal foglalkozó modellek csupán az alkohollal kapcsolatos kogníciók egy szeletére, a nyilvános és tudatos, azaz az un. explicit tudattartamokra korlátozódnak. A duális-folyamat modelljére hivatkozva több kutató is úgy érvel (Kuntsche, 2007b; Thush, Wiers, Ames, Grenard, Sussman és Stacey, 2008), hogy a viselkedést két rendszer határozza meg, amelyek az információkat különböző módon közvetítik és dolgozzák fel. Az un. *reflektáló rendszer* az információkat az explicit folyamatok során lassabban, tudatosan dolgozza fel, ezáltal a viselkedést a szándékok és a szabályok közvetlenül határozzák meg. Ezzel szemben az un. impulzív rendszerben az információk automatikusan áramlanak, és feldolgozásuk spontánabb, gyorsabb és nem tudatos (Strack és Deutsch, 2004). A két rendszer idegi szabályozása is eltérő: az impulzív rendszer az amygdala, a reflektáló rendszer pedig az orbitofrontális lebeny irányítása alatt áll (Strack, Werth és Deutsch, 2006). A duális-folyamat modelljét alkalmazták az addikciók kialakulásának magyarázatára is (Wiers, Bartholow, van den Wildenberg, Thush, Engels, Sher és mtsai, 2007). Eszerint a reflektáló rendszer un. explicit kogníciók útján befolyásolja az alkoholfogyasztás, amely pl. alkohol-elvárásokkal és motivációkkal írható le, az impulzív rendszer szerepe pedig un. implicit kogníciók kialakulásában jelentős (Kuntsche, 2007b). Az implicit kogníciók alatt a múltbeli tapasztalatok introspektív módon nem azonosítható nyomait értjük, amelyek befolyásolják érzelmeinket és viselkedésünket (Wiers, van de Liutgaarden, van den Wildenberg és Smulders, 2005). Ez a definíció egyben kiemeli az explicit és implicit kogníciók közötti másik fontos különbséget: az implicit kogníciókat leginkább a korábbi tapasztalatok határozzák meg, míg az expliciteket (pl. alkohol-elvárások) jellemzően a friss események, illetve az éppen adott helyzet (Thush és Wiers, 2007). Az implicit kogníciók mérésére a legelterjedtebb módszer az Implicit Asszociációs Teszt (IAT)

alkalmazása, amelyben a képernyőn megjelenő pozitív (pl. boldog) és negatív (pl. szomorú) jelentésű szavakat, illetve arousal növekedést (pl. izgatott) vagy nyugalmat (pl. álmos) kifejező szavakat kell asszociálni az alkohol szóhoz vagy annak szinonimáihoz (pl. sör). Az IAT háttérében az a feltételezés áll, hogy gyorsabb reagálás figyelhető meg akkor, ha a megjelenő szó a cél-szóhoz szorosan kapcsolódik (pl. alkohol). (De Houwer, Crombez, Koster és De Beul, 2004).

Az implicit kogníciók vizsgálatával az elmúlt években számos kutatás foglalkozott. Az eddigi vizsgálatok egyértelműen bizonyítják, hogy az explicit és az implicit kogníciók együttes, ill. párhuzamos vizsgálata hasznos és szükséges, mivel azok az alkohollal kapcsolatos kogníciók különböző területeit fedik le. Wiers, van Woerden, Smulders és De Jong (2002) eredményei szerint az egyetemisták gyorsabban asszociáltak negatív szavakat (implicit kogníciók) az alkohollal, de érdekes módon több pozitív, mint negatív alkohol-elvárásról (explicit kogníciók) számoltak be. Ugyanakkor Thush és Wiers (2007) vizsgálatában a 12 éveseknél több pozitív implicit asszociációt és egyúttal több negatív explicit kognitív tartalmat lehetett megfigyelni. A két kogníció eltérő működésére mutatott rá Wiers és mtsai (2005) vizsgálata is, amelyben az elvárásokat módosító kognitív-behaviorista eljárás (un. expectancy challenge módszer) hatását kutatták nagyívó egyetemistáknál. Az eredmények szerint az eljárás után egy évvel szignifikáns csökkenés volt megfigyelhető az explicit pozitív kogníciókban (amelyet alkohol-elvárás tesztel mérték) nőknél és férfiaknál egyaránt, és az implicit kogníciókban csak nagyívó férfiaknál következett be egy kifejezetten rövid távú módosulás. Egy másik érdekes vizsgálatban Thush és Wiers (2007) azt találták, hogy a 12 illetve 15 éveseknél az implicit kogníciók jobban bejósolták az egy évvel későbbi nagyívást, mint az explicit kogníciók mérése. Az eredmények szerint a 15 évesek közül azok, akik már fogyasztottak alkoholt, több implicit és explicit pozitív kogníciókról számoltak be és a pozitív implicit asszociációk számának növekedésével a fiúknál magasabb nagyívási prevalencia volt megfigyelhető, a lányoknál viszont nem.

A legtöbb vizsgálat az explicit kogníciókat alkohol-elvárásokkal méri. Birch, Stewart, Wiers, Klein, MacLean és Berish (2008) azonban arra voltak kíváncsiak, hogy az alkoholfogyasztás szempontjából problémásnak számító fokozás és megküzdés típusú alkohol-motivációjú (motivációs modell: Cooper, 1994, lásd 4. fejezet) egyetemistáknál a zenével történő hangulatindukálás után azok implicit kogníciója az alkohollal kapcsolatban mennyiben változott meg. Hipotézisük szerint, az implicit kogníciókat a fokozás motivációjú személyeknél a pozitív hangulat, a megküzdés típusú motivációjú személyeknél pedig a

negatív zenei hatás aktivizálná. A vizsgálati eredmények a serkentéses motivációjú személyekre vonatkozó feltételezést ugyan igazolták, de a coping típusú személyeknél a zenének nem volt hatása az implicit kogníciókra. A kutatóknak mindenesetre sikerült azt bizonyítaniuk, hogy eufórikus események hatására a fokozás motivációjuk nagyobb érzékenységet mutatnak, és ennek a terápiában, megelőzésben nagyobb figyelmet lehet biztosítani.

Az implicit kogníciókat vizsgáló kutatások még nem tekintenek vissza hosszú múltra és a mérési eljárásuk is számos kritikát vet fel. Az IAT vizsgálatok kétségtelen előnye, hogy az elvárt társas hatás és megfelelési vágy torzító hatását csökkentik (Wiers és mtsai, 2005). Ugyanakkor más szerzők arra figyelmeztetnek, hogy a bonyolult laboratóriumi eljárás miatt nem lehetséges a nagy számú minta vizsgálata, a kísérleti személyek automatikusan szelektálódnak az eljárás sajátossága miatt és mindezek következtében a teljes populációnak szóló megelőzési munka számára tudományos következtetéseket nem tudnak szolgáltatni (Kuntsche, 2007b, Birch és mtsai, 2008).

## 4 AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS MOTIVÁCIÓS ELMÉLETE

---

Újabban a kutatók az ivás motivációban látják a nagyivás rejtélyének kulcsát, vagyis azt a változót, melyből az összes többi hatás és következmény levezethetővé válik. Cox és Klinger (1988, 1990) átfogó alkoholmotivációs elméletének születése jelentette a szisztematikus kutatások kiinduló pontját. Az alkoholfogyasztás motivációs koncepciójának alapfeltevése, hogy az emberek azért isznak, hogy elérjenek bizonyos kimeneteket. Feltételezi továbbá azt is, hogy az alkoholfogyasztói viselkedés bizonyos szükségleteket és funkciókat elégít ki, valamint hogy specifikus fogyasztói viselkedésekhez specifikus elvárások kapcsolódnak. A motivációs modell szerint az alkoholt fogyasztó személy egy döntési folyamatban van arra vonatkozóan, hogy iszik-e alkoholt. Természetesen a személy nincsen mindig tudatában a döntésének, vagy azoknak a tényezőknek, amelyek a döntését befolyásolják – az ivással kapcsolatban gyakoriak a tudattalan vagy automatizált döntések. A döntés így módon emocionális és racionális folyamatok eredménye. Az alapja egy affektív változás, melyet a személy *elvár*, hogy bekövetkezzen, ha iszik, és nem vár el, ha nem iszik. Ezt az affektív változást egyaránt előidézhetik az alkohol közvetlen kémiai hatásai (pl.: feszültség csökkenése, jókedv fokozása), illetve közvetett hatásai (pl.: kortársak elfogadása).



Összefoglalva tehát az ivást irányító motivációk az alkoholfogyasztást egy szubjektív értelmezési keretbe helyezik, melynek alapját az elvárások, tapasztalatok, és a szituáció képi.

A szerzők elmélete szerint az alkoholmotivációk két dimenzió menten írhatóak le: a motivációk kapcsolódhatnak pozitív vagy negatív érzelmi változáshoz vagy azok fokozásához, illetve visszavezethetők külső vagy belső okokra. Cooper, Russell, Skinner és Windle (1992b, 1994) két-dimenziós mátrixából így létrejött négy alkoholmotivációt: fokozásos (belső és pozitív), társas (külső és pozitív), megküzdéses (belső és negatív) és konformitás (külső és negatív) motivációnak nevezték el (1. táblázat).

A téma kutatásának további lendületet adott Cooper (1994) egyszerűen használható, mindössze 20 tételből álló kérdőívének megjelenése, majd ennek később kialakított rövid verziója (Kuntsche és Kuntsche, 2009), melyeknek magyar nyelvű verzióját kutatócsoportunk egyetemista és középiskolás populációra adaptálta (Németh, Urbán, Farkas, Kuntsche és Demetrovics, 2012).

Az utóbbi években vizsgálatok sora mutatott rá arra, hogy az alkoholfogyasztást magyarázó tényezők közül, az alkoholmotivációk tekinthetők a fogyasztáshoz „legközelebb” állónak (Cooper, Forne, Russell és Mudar, 1995; Kuntsche és mtsai, 2005; Kuntsche és mtsai, 2006; Urbán, és mtsai, 2008b), és a motivációk mediálják más tényezők (pl.: elvárások, alkoholfogyasztás mértéke, gyakorisága, személyiségvonások, szituációs hatások stb.) hatását. A vizsgálatoknak azt is sikerült kimutatniuk, hogy az alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációk a fiatalok alkoholfogyasztásának mintegy 50%-t magyarázzak (Kuntsche, 2007a) s ezzel összefüggésben az alkoholfogyasztással összefüggő problémáknak és a nagyivásnak erős prediktorai (Kuntsche, 2006).

		ÉRZELMI VÁLTOZÁS	
		pozitív	negatív
FORRÁS	internális	<b>Fokozás</b> (enhancement) <i>Jókedv fokozása, well-being növelése</i>	<b>Megküzdés</b> (coping) <i>Negatív, kellemetlen állapotok enyhítésére</i>
	externális	<b>Szociális</b> (social) <i>Szociális jutalmak megszerzésére</i>	<b>Konformitás</b> (conformity) <i>Társas kitaszítottság elkerülésére</i>

1. Táblázat: Alkoholfogyasztás motivációs elmélete Cooper (1994) alapján

## 4.1 ALKOHOLFOGYASZTÁSI MOTIVÁCIÓK KORRELÁTUMAI

Az alkoholfogyasztási motivációk leginkább azt magyarázzák, hogy az alkohol milyen funkciót tölt be a fogyasztó életében (Ham és mtsai, 2003). A kutatók a megküzdés motivációját főleg az elkerüléssel, negatív megerősítéssel, és a negatív belső állapotokkal (pl. depresszió és szorongás) hozták összefüggésbe. A konformitás szintén a negatív megerősítést szolgálja, mégpedig a társas kirekesztés elkerülését célozza meg. Leginkább olyan helyzetekkel hozták összefüggésbe, ahol a kortársak nyomása meglehetősen erős. Ezzel szemben a fokozás motivációja pozitív megerősítéssel működik. A pozitív belső állapot fokozása leginkább férfiakra jellemző és társas eseményekhez, bulikhoz, éjszakai életben domináló helyzetekhez köthető. Végül a szociális motivációk a külső, pozitív megerősítéssel működnek, főleg affiliációs célokat töltenek be a fogyasztó életében, ezáltal erősen helyzethez kötöttek, és magas a kulturális meghatározottságuk.

### 4.1.1 Alkoholfogyasztás mértéke, következményei és a motivációk

A kutatások igazolták, hogy az alkoholfogyasztási motivációk megbízhatóan jelzik mind az alkoholfogyasztás mennyiségét, mind magát a problémás alkoholfogyasztást (Carey és Correia, 1997). Mivel az eddigi kutatások főleg fiatalokkal foglalkoztak, ezért egyelőre főleg az ő motivációikról tudunk a legtöbbet. A serdülők alkoholfogyasztásának hátterében gyakran a *fokozásos motivációk* állnak. Egy kanadai kutatás során (14-18 évesek) kiderült, hogy 25% az alkohol íze miatt, 21% ünneplés céljából, 17 % szociabilitása növelése érdekében és csak 2% azok aránya, akik búfelejtés vagy a gátlásoktól való megszabadulás miatt fogyaszt



alkoholt (Kairouz, Gliksman, Demers és Adlaf, 2002). Amerikában is a buli élvezetesebbé tételét találták a leggyakoribb motivációnak a 14-16 évesek között. A fiatal férfi nagyivók 90%-a választotta ezt indokként (Plant, Bagnall és Foster, 1990). Amerikai kollégiumban élő, nagyivásra hajlamos diákok a „*fokozás*” skálán szignifikánsan magasabb pontszámot értek el (Carey, 1993), mint a mértékkel ivók, vagy az alkalmi fogyasztók. Sokan a *megküzdéses motivációt* is összefüggésbe hozták a fiatalkori nagyivással (pl.: Labouvie és Bates, 2002), és a fogyasztás mértékével (Wood és mtsai, 1992), mely összefüggés leginkább nőkre volt igaz. Azok értek el magas pontszámot a motiváció skálán, akik magas szubjektív stressz-szintről számoltak be. Általánosságban elmondható, hogy minél több indokot sorakoztat fel valaki az ivásra, annál súlyosabb nagyivó (Labouvie és mtsai, 2002).

Az alkohollal kapcsolatos problémákat leggyakrabban a *megküzdés és a konformitás* motivációt hozták összefüggésbe az (pl.: Cooper és mtsai, 1995; McNally, Pálfi, Levine és Moore, 2003; Simons, Correia és Carey, 2000). Amerikai diákokkal végzett vizsgálat során kiderült, hogy a szelf-hez való negatív viszonyulás és az alkoholproblémák közötti kapcsolatot a megküzdés-motiváció mediálja (McNally és mtsai, 2003). A konformitás motivációja a magas én-tudatossággal mutatott összefüggést és kutatások szerint főleg fiatalokra jellemző motiváció, mely a társas szorongást segít enyhíteni (Stewart és Devine, 2000). A kutatók felhívták a figyelmet a prevenció programok kifejlesztésének sürgősségére, hiszen a vizsgálatok alátámasztották, hogy a megküzdési motiváció erősen összefügg a felnőttkori alkoholfüggőséggel (pl.: Carpenter és Hasin, 1998; Farber, Khavari és Douglass, 1980). A *szociális motivációk* alkalmanként összefügghetnek nagyobb mértékű alkoholfogyasztással, ugyanakkor ez a jellegű fogyasztás a problémás szintet nem haladja meg (Cronin, 1997). Az adott helyzettől, alkalomtól, a szociális motivációk függenek leginkább, hiszen leginkább olyan helyzetekhez köthetőek, melyek ünnepléssel, vagy hasonló speciális helyzetekkel kapcsolatosak. A *fokozásos motiváció* és az alkohollal kapcsolatos problémák összefüggéséről eltérő eredmények születtek (pl. pozitív: Cooper, 1994; Simons és mtsai, 2000; de gyakori a negatív összefüggés észlelése is, például amerikai diákokkal végzett kutatás: Labouvie és mtsai, 2002). A kutatások arra utalnak, hogy mivel a fokozásos motiváció, az éjszakai élettel és bulizással mutat összefüggést, korhoz köthető jelenség lehet, és amennyiben az adott korcsoportot vizsgáljuk, úgy összefüggést találhatunk a problémassággal is.

#### 4.1.2 Nem, kor és az alkoholfogyasztási motivációk

Úgy tűnik, hogy az alkoholfogyasztás mögött húzódó motivációk csupán a serdülőkorról bukkannak fel és válnak kutathatóvá (Kuntsche és mtsai, 2006). Webb, Getz, Baer és McKelvey (1999) 5. és 6. osztályos diákokat vizsgálva arra jutottak, hogy míg az előbbieknél csak a szociális motiváció volt kimutatható, addig az idősebbeknél már két motiváció, a szociális és a megküzdéses motiváció jelent meg. A vizsgálatok rendre azt mutatják, hogy a szociális és a megküzdéses motivációk az elsők, amelyek a serdülőkorról manifesztálódnak (Kuntsche és mtsai, 2006; McCarty és Kaye, 1984), majd a négy motiváció a serdülőkor előrehaladtával és a fiatal felnőttkorban különül el (Kuntsche és mtsai, 2006). A kutatások során elsősorban 18-20 év körüli fiatal egyetemista diákokat vagy középiskolásokat vizsgáltak, míg egyéb populációkról vagy korcsoportokról kevesebb információ van (Kuntsche és mtsai, 2006). Az alkoholmotivációk alakulásában a kor szerepéről az utánkövetéses vizsgálatok fontos ismeretekkel szolgálhatnak, amelyekből azonban egyelőre kevés áll rendelkezésünkre.

Az életkor szerepéhez hasonlóan a nemi különbségek az alkoholmotivációk tekintetében a serdülőkor körül alakulnak ki. Cooper (1994) nem talált különbséget a 13-14 éves fiúk és lányok között, azonban az idősebb, 18-19 éves korosztály esetében a fiúknál a *fokozásos* motiváció erősebb volt, mint a lányoknál. Egyetemista férfiak körében még erősebbnek mutatkozik ez a tendencia, míg a nőknél ilyen összefüggés nem volt tapasztalható (Kuntsche és mtsai, 2006; Stewart, Zeiltin és Samoluk, 1996; Gire, 2002). A *megküzdéses* motivációban mutatkozó különbségek a korai serdülőkorban jelentkeznek; ekkor még a lányok körében dominál ez a motívum, de a felnőttkor felé haladva, a fiúknál is egyre erőteljesebben jelentkezik ez a motivációs hatás is (Cooper, 1994; Nagoshi, Nakata, Sasano, Wood, 1994; Stewart, Loughlin és Rhyno, 2001). Stewart és Devine (2000) kutatása szerint a megküzdéses motiváció azokat a diákokat jellemzi, akik depressziósak és az alkoholt hangulatszabályozás egy eszközeként használják (Stewart és Devine, 2000), és mivel a megküzdéses ivás inkább nőkre jellemző (pl.: Schall, Weede és Maltzman, 1991) ezáltal arra következtethetünk, hogy a fiatal lányok esetében a nagyivás a depresszió egyik következménye lehet. Kassel, Jackson és Unrod (2000) rámutatott, hogy a megküzdés típusú ivás nem csak az alkohollal kapcsolatos problémákat jelzi előre, hanem azt is, hogy az illető általánosságban milyen megküzdési mechanizmusokkal rendelkezik. A problémás alkoholfogyasztás a nők esetében erősebben jelezte előre a megküzdési deficitet, mint a férfiak esetében. Hasonlóan, egy finn kutatás során (Mäkelä és mtsai, 2000) azt találták, hogy a nők inkább azért fogyasztanak több

alkoholt, mert az segít feldolgozni a problémáikat, pozitívabban látják tőle a jövőjüket, illetve az alkohol hatására könnyebben kifejezik az érzéseiket. A férfiak esetében a fokozott alkoholfogyasztást leginkább az magyarázta, hogy úgy érzik, ettől jobb kedvük lesz, szellemesebbek, viccesebbek lesznek, és ez esetleg segítheti őket a párkeresésnél. A férfiak tehát inkább a hedonisztikus előnyök megszerzése céljából isznak, míg a nők más, inkább praktikusabb célok elérésnek érdekében fogyasztanak alkoholt (Mäkelä és mtsai, 2000). Ugyanakkor Cooper (1994) rámutatott, hogy tulajdonképpen a különbség a stresszel való megküzdésben rejlik: míg a férfiak inkább a külső jutalmakat (pl. konformitás útján), addig a nők inkább a belső jutalmakat (pl. megküzdésen keresztül) várják az alkoholtól.

#### **4.1.3 Személyiségváltozók és az alkoholfogyasztási motivációk**

Az alkoholmotivációval foglalkozó kutatásokban alátámasztást nyert, hogy az alkoholfogyasztás és a személyiség kapcsolatát az alkoholmotivációk mediálják (Cox és Klinger, 1988; 1990; Cooper és mtsai, 1995; Kuntsche, Von Fischer és Gmel, 2008). Ugyanakkor a motivációk kialakulásában a személyiségbeli tényezőknek kiemelkedő szerepük van (McCrae és John, 1992), éppen ezért különösen fontos a személyiségbeli meghatározókat figyelembe venni az alkoholmotivációk és az alkoholfogyasztás kapcsolatát vizsgáló kutatásokban (Cooper, 1994; Cooper és mtsai, 1995; Stewart és mtsai, 2001; Stewart és mtsai, 2000).

A fiatalok körében gyakran kutatott téma a szenzoros élménykeresés, amely leginkább a fokozás motivációjával mutatott összefüggést (Comeau, Stewart és Loba, 2001). Emellett a fokozásos motiváció esetében az alacsony gátlásossággal, kontroll hiányával (Colder és O'Connor, 2002), az agresszió elnyomásának sikertelenségével (Weinberger és Bartolomew, 1996), és az impulzivitással is (Cooper, Agocha és Sheldon, 2000) kapcsolatot mutattak ki.

Kutatások alátámasztják, hogy a szorongás és a szorongással kapcsolatos érzékenység (*anxiety sensitivity*) mentén két csoportra oszthatók az alkoholfogyasztási motivációk (Stewart, Morris, Mellings és Comar, 2006). Míg a negatív állapotokkal történő megküzdéses alkoholfogyasztás leginkább magas fokú szorongással és érzékenységgel asszociálható (Comeau és mtsai, 2001; Stewart és Zeitlin, 1995), addig az alacsony szorongás inkább a fokozásos vagy szociális motivációkkal mutatott összefüggést (Stewart, Karp, Phil és Peterson, 1997). A kutatók egyetértenek abban, hogy a megküzdéses motiváció mögött az alkohol iránt támasztott szorongáscsökkentő hatás állhat. Mivel az erre érzékenyebb személyeknél a szorongásos tünetek felbukkanásával szembeni aggodalom is magas, ezért

őket főleg a negatív állapotok elnyomása és az elkerülés jellemzi (Stewart, Zvolensky és Eifert, 2002).

Ezen felvetés indította el a motivációs dimenziók és a személyiség ötfaktoros modellje közötti kapcsolat kutatását is (2. táblázat). Ezek elsősorban a neuroticizmus és a megküzdéses motiváció szoros kapcsolatára, a fokozásos motiváció és az extraverzió közötti pozitív összefüggésre (Cooper és mtsai, 2000), valamint a lelkiismeretesség és a fokozásos dimenzió (Theakston, Stewart, Dawson, Knowlden-Loewn és Lehman, 2004), illetve a barátságosság és a megküzdéses dimenzió közötti fordított kapcsolatra (Stewart és mtsai, 2000) mutattak rá.

	Extraverzió	Lelkiismeretesség	Neuroticizmus	Barátságosság
<b>Szociális</b>			+	
			(Stewart és Devine, 2000)	
<b>Megküzdés</b>		-	++	--
		(Loukas és mtsai, 2000; Stewart és Devine, 2000; Theakston, 2002)	(Cooper, 2000; Loukas, 2000; Stewart és Devine, 2000; Stewart, 2001)	(Loukas, 2000; Stewart, 2001)
<b>Fokozás</b>	++	--	+	
	(Cooper, 2000; Stewart és Devine, 2000; Theakston és mtsai, 2002)	(Loukas és mtsai, 2000; Stewart és Devine, 2000; Theakston, 2002)	(Cooper, 2000)	

2. Táblázat: Alkoholfogyasztás motivációi (Cooper szerint) és a Big 5 személyiségvonások összefüggése

++ erős, szignifikáns kapcsolat, + gyenge kapcsolat, -- erős, szignifikáns fordított kapcsolat, - gyenge fordított kapcsolat. A nyitottság dimenzió egyik motívummal sem mutatott kapcsolatot.

Mivel a kutatások alátámasztják, hogy az externális motivációk (szociális és konformitás) az idővel jobban változnak és az adott helyzet jellemzőitől, a kontextustól erősebben függenek, így a nemzetközi szakirodalom főleg a személyiségtényezők és az internális (megküzdés és fokozás) motivációk kapcsolatát vizsgálta (Cooper, 1994; Stewart és Devine, 2000). Ezzel összefüggésben azt találták, hogy amennyiben az internális motivációk hatását kontrollálták, az externális motivációk általában gyenge, vagy nem szignifikáns kapcsolatot mutatnak a személyiségváltozókkal, (Loukas, Krull, Chassin és Carle, 2000).

Összességében azt mondhatjuk, hogy két rizikócsoporthat látszik kirajzolódni: a fokozásos motivációjú személyek, akik extrovertáltabbak általában, impulzívok és magasabb a szenzoros élménykeresésük, és a megküzdéses motivációval rendelkezők, akik általában negatív énképvel bírnak, visszahúzódnak és neuroticizmussal jellemezhetőek (Loukas és mtsai, 2000).

## 4.2 EDDIGI LONGITUDINÁLIS VIZSGÁLATOK

Sok kutatás megegyezik abban, hogy az alkoholfogyasztási motivációk rangsora, struktúrája a kor előrehaladtával változik (pl. Cooper, 1994; Kuntsche és mtsai, 2006). Ugyanakkor nehéz keresztmetszetileg megfelelő képet kapni a motivációk dinamikájáról, ezért longitudinális kutatások szükségesek a folyamat feltérképezéséhez, melyekből egyelőre nagyon kevés született a témakörben.

Egyik legelső longitudinális kutatás, amely az alkoholfogyasztási motivációkkal foglalkozott (Carpenter és mtsai, 1998), először alkoholdependencia és abúzus diagnózisa szerint megszürtte vizsgálati személyeket, majd utánkövette azokat, akik az első adatfelvételkor nem rendelkeztek a DSM-IV szerinti diagnózissal. Eredményük szerint a negatív töltetű motivációk bejósolták az egy évvel későbbi alkoholdependencia diagnózist, de az abúzusét nem, míg a pozitív töltetű motivációk egyáltalán nem rendelkeztek bejósoló erővel a későbbi diagnózist illetően. A kutatás igazolta az alkoholfogyasztási motivációk etiológiai jelentőségét az alkoholdependencia kialakulásában.

Ezt követő kutatás (Bradizza, Reifman és Barnes, 1999) más serdülőket vizsgált. 13-16 évesek reprezentatív kohort mintáján végeztek hat éven át tartó vizsgálatot, mely során évente egyszer interjúkat készítettek. Eredményeik szerint a pozitív megerősítéssel működő motivációk (fokozásos és szociális motiváció) függött össze legjobban a hat évvel későbbi alkoholproblémákat. Ez leginkább a nagyivásban merült ki, mely úgy tűnik, erre a korosztályra jellemzően leginkább a pozitív megerősítéssel függ össze, és a megküzdéses motiváció még nem volt jellemző a serdülők problémáira.

Read és munkatársai (2003) már egyetemista mintát vizsgált két éven át tartó utánkövetéssel, a korai, háromfaktoros modell (Cooper, 1992) keretében, mely még nem tartalmazta a konformitás motivációját. Az előzőekhez hasonlóan, ők is azt találták, hogy míg a megküzdéses motiváció nem, addig a fokozásos motiváció szignifikánsan képes volt előrejelezni a két évvel későbbi alkoholproblémákat.

Armeli és munkatársai (2010) sem tudták igazolni a megküzdéses motivációk és a későbbi problémák közti összefüggést egy négy éven át tartó utánkövetéses vizsgálatuk során. Ennek a kutatásnak az újdonsága viszont az volt, hogy megkérték a résztvevőket, vezessenek naplót az érzelmi állapotukról, társas kapcsolataikról, depressziós és szorongásos tüneteikről valamint alkoholfogyasztásukról. A szociális és fokozásos motivációkat összevonva, a szerzők azt találták, hogy míg az előbbi a depressziós tünetek számával és alkoholfogyasztás gyakoriságának emelkedésével, addig a megküzdéses motiváció a szorongásos tünetek számával és az alkoholfogyasztás gyakoriságának emelkedésével járt együtt a négy év során. Ugyanakkor ezek az eredmények a megküzdéses motivációval kapcsolatban csak akkor voltak tapasztalhatóak, ha az illető a fokozás-szociális skálákon is magas pontszámot ért el.

Schelleman-Offermans, Kuntsche és Knibbe (2011) az egy éven át tartó, holland serdülőkkel végzett vizsgálatuk során, a megküzdéses motiváció prediktív erejére vonatkozólag hasonlóan gyenge összefüggést kapott. Kutatásuk során, a korábbiakkal összhangban, hosszú távon ők is csak a fokozásos és szociális motiváció és nagyívás kapcsolatát tudták igazolni, és a megküzdéses motivációnak csak keresztmetszeti elrendezésben volt szignifikáns prediktív ereje. Ugyanakkor kutatásuk fontos eredménye, hogy a kor előrehaladtával eltolódást tapasztaltak az externálistól (szociális és konformitás) az internálisan (megküzdés és fokozás) vezérelt motivációk irányába.

Littlefield, Sher és Wood (2010) egy nagyszabású 16 éven át tartó utánkövetés kutatás adatait közzétették, melyek során a személyiség és alkoholmotivációk változását vizsgálták. A motivációk közül csak a fokozás és megküzdés motivációját mérték. Eredményeik szerint a neuroticizmusban és impulzivitásban bekövetkezett csökkentés a megküzdéses motivációk mediálták. A kutatás rávilágított arra, hogy a megküzdéses motivációk a neuroticizmus és az alkoholproblémák speciális mediátorai, valamint arra is, hogy hosszútávon az impulzivitás is rosszabb megküzdési képességgel jár együtt, melyet a személyek fokozott alkoholfogyasztással kompenzálnak.

Az egyetlen felnőttekkel foglalkozó kutatás, melyet nemrégiben holland mintán végeztek el (Crutzen és msai, 2013) egy teljes, keresztbekötött (full cross-lagged) modell keretében az ok-okozati viszonyokat is vizsgálta. Arra jutottak, hogy az alkoholfogyasztási motivációk képesek időben bejósolni a későbbi alkoholfogyasztási szokásokat, ugyanakkor az elfogyasztott mennyiség hatással van az alkoholfogyasztási motivációkra, tehát kölcsönhatás tapasztalható a fogyasztás és motivációk között. Ezen túlmenően a szociális és fokozásos motiváció is hatással voltak egymásra. A kutatás kritikája, hogy csupán egy három hónapos



perióduson keresztül vizsgálja a személyeket, de az eredmények rámutattak arra, hogy az alkoholfogyasztási motivációk még ilyen rövid idő elteltével is kölcsönösen hatással vannak egymásra.

### **4.3 PSZICHOPATOLÓGIAI TÜNETEK ÉS MOTIVÁCIÓK – SZISZTEMATIKUS ÁTTEKINTÉS**

Az alkoholfogyasztási motivációk modellje alapvetően a kognitív szemléletet képviseli, de a szelf-medikációs hipotézist (Khantzian, 1975, 1985) is képes integrálni. A megküzdéses motiváció azért áll sok kutatás középpontjában, mert bizonyítottan képes bejósolni a későbbi problémás alkoholfogyasztást (pl.: Kuntsche és mtsai, 2006), és ez a kutatások eredményei szerint a legproblémásabb motiváció. Sokan Khantzian (1985) elméletére támaszkodnak, hiszen úgy tűnik, hogy a megküzdéses alkoholfogyasztás függ össze leggyakrabban pszichés tünetekkel (pl. Grant, 2004) a stresszel (pl.: Marlatt, 1976) és az elkerüléssel (pl.: Stewart és mtsai, 2002).

Khantzian (1975) eredeti hipotézisét heroinfüggők vizsgálata során alakította ki. Sok kritika érte őt azért, mert elméletét pusztán egyfajta szert használók, praxisában megfigyelt eseteire alapozta. Később (1985) az elméletet kokainhasználókra, majd alkoholfogyasztókra (Khantzian, Halliday és McAuliffe, 1990) és végül az összes kémiai típusú szerfüggőségre (Khantzian, 1999) is kiterjesztette.

Egyes kutatók szerint az elmélet azért nem állja meg a helyét, mert nem veszi figyelembe az ok-okozati szálakat. Az egyik kritikai szempont szerint a szerhasználók nem azért használják a szereket, hogy lelki fájdalmukat enyhítsék, hanem a függőség miatt keletkező elvonási tünetek és a sóvárgás viszi rá őket a további használatra (Dackis és Gold, 1984). Mások szerint Khantzian nem veszi figyelembe a szerek hangulatszabályozó és jutalmazó hatását, mely hatás további biológiai kutatásokat igényelne (Goldsmith, 1993), vagy a retrospektív visszatekintések torzítását (Frances, 1997) mely longitudinális kutatásokért kiált. További kritikák is érték az elméletet, melyek felhívják a figyelmet komorbid zavarok örökös „tyúk vagy a tojás” problémájára („*cart/horse problem*”), miszerint nem tudhatjuk biztosan, hogy a pszichiátriai zavar valóban megelőzte-e a függőség kialakulását, vagy annak más esetleg következménye az (Frances, 1997).

A modellt ért kritikákat követően felmerült az igény a hipotézis tesztelésére, ezért a következő elemzés célja, hogy áttekintse a jelenlegi tudásunkat az alkoholfogyasztási motivációk és pszichopatológiai tünetek kapcsolatáról.

#### 4.3.1 Módszer

Szisztematikusan áttekintettem az összes olyan kutatást, amelyek a motivációs modell születése óta (1992) és 2013.03.31 között jelentek meg. Olyan empirikus kutatásokat kerestem, melyek az alkoholfogyasztás motivációs modelljét vizsgálták, tehát a DMQ-R kérdőívvel (Cooper, 1994), vagy annak valamely változatával (DMM: Cooper, 1992; vagy DMQ-R-SF: Kuntsche és Kuntsche, 2009) mérték az alkoholfogyasztási motivációkat és emellett valamely pszichopatológiai kórképet, illetve a komorbid alkoholfogyasztást dolgoztak fel. Pszichopatológiai kórképnek tekintettem minden olyan pszichiátriai zavart, mely a DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) valamely változatában szerepel, tehát a pusztán pszichopatológiai tüneteket (pl.: vonásszorongás) vizsgáló kutatásokat nem vontam be az elemzésbe. A szakirodalom áttekintésekor a PsychINFO, MEDLINE, PubMed, Science Direct, Web of Science és EBSCO adatbázisokon szisztematikus áttekintését végeztem el az alábbi keresőszavakkal: motivation, alcohol, DMQ, DMM, valamint, psychiatric disorder, mental disorder, comorbidity, anxiety, depression, bipolar disorder, eating disorder, schizofrenia, personality disorder. Az elektronikus keresést manuális kereséssel is kiegészítettem, ennek során valamennyi találat esetében áttekintettem az egyes cikkek irodalomjegyzékét is.

Az elektronikus keresés során, a két kulcsszó-csoport kombinációjaként összesen 44 találatot azonosítottam. A találatokat az alábbi szempontok alapján szűkítettem: (1) kizártam az elemzésből az áttekintő tanulmányokat, melyek nem tartalmaztak önálló empirikus eredményt (7 publikáció), (2) kizártam azokat a tanulmányokat, melyek nem voltak elérhetőek angol nyelven (3 publikáció); (3) kizárásra kerültek azok a tanulmányok, melyek az alkoholfogyasztási motivációkat nem a motivációs modell (Cooper, 1992; 1994) alapján vizsgálták (7 publikáció); (4) kizárásra kerültek azok a tanulmányok is, melyek nem egy kórkép, hanem annak csupán egy szegmensét, pl. tünetet vagy személyiségvonást vizsgáltak (7 publikáció). Összességében csak azok a tanulmányok kerültek elemzésre, melyek valamely DSM-kritériumok által körülírt pszichiátriai zavart vizsgáltak, és annak fogalomrendszerével operáltak, valamint diagnosztikát segítő eszközzel mérhetővé tették, operacionalizálták a zavart. Az elemzésbe ezáltal 20 publikáció került be, melyek összefoglalóját kronológiai sorrendben az 3. táblázat tartalmazza.



szerző	vizsgált kórkép	diagnózist segítő eszköz	alkohol motiváció mérőeszköz	minta	N	eredményt támogató alkoholfogyasztási motiváció
Mueser és mtsai, 1995	skizofrénia	DSM-III	DMM	klinikai	70	fokozás
Nishith és mtsai, 1997	hangulat- /szorongásos zavarok	SCID-I	DMM	klinikai	75	fokozás
Nishith Resick és Mueser, 2001	PTSD	SCID	DMM	klinikai női	74	megküzdés/konformitás
Stewart és mtsai, 2004	PTSD	DSM-IV	DMM	felnőtt	13	megküzdés
Anderson és mtsai, 2006	evészavar	EAT	DMM	felnőtt	257	megküzdés
Buckner, Eggleston és Schmidt, 2006	szociális fóbia	SIAS	DMM	felnőtt	505	megküzdés
Ham, Bonin és Hope, 2007	szociális fóbia	SPAI	DMQ-R	egyetemista	239	megküzdés
Kaysen és mtsai, 2007	PTSD	TSI	DMM	női	369	megküzdés
Luce, Engler és Crowther, 2007	evészavar	EDEQ	DMQ-R	egyetemista női	383	megküzdés/fokozás
Tragesser, és mtsai, 2007	személyiség- zavar	DSM-IV	DMQ-R	egyetemisták	352	megküzdés/fokozás
Lewis és mtsai, 2008	szociális fóbia	IAS	DMQ-R	egyetemisták	316	megküzdés/konformitás
Goldsmith és mtsai, 2009	generalizált szorongás	DSM-IV	DMM	egyetemisták	782	megküzdés
Dixon és mtsai, 2009	PTSD	DSM-IV	DMQ-R	klinikai, serdülő	47	megküzdés
Gonzales, Collins és Bradizza, 2009	depresszió	BDI	DMQ-R	egyetemista	91	megküzdés/fokozás
Blumenthal és mtsai, 2010	szociális fóbia	DSM-IV	DMQ-R	serdülők	50	megküzdés
Norberg és mtsai, 2010	szociális fóbia	SIAS, SPS	DMQ-R	egyetemisták	118	megküzdés
Clerkin és Barnett, 2012	szociális fóbia	SADS	DMQ-R	egyetemista	730	alacsony megküzdés
Meyer és mtsai, 2012	bipoláris depresszió	SCID-I	DMQ-R	klinikai	27	megküzdés/fokozás
Windle és Windle, 2012	szorongásos zavarok és depresszió	CIDI	DMM	középiskolás	717	megküzdés
Lehavot és mtsai, 2013	PTSD	SCID-I	DMQ-R	klinikai	92	megküzdés/fokozás

3. táblázat: Szisztematikus áttekintés során feldolgozásra kerülő publikációk. (2013.03.31-ig publikált kutatások, melyek az alkoholfogyasztási motivációs modellt egy klinikai kórképpel összefüggésben vizsgálták)

#### 4.3.2 Áttekintés

A kutatások 9:11 arányban használták a DMM (Drinking Motives Measure: Cooper, 1992) 3 faktoros (fokozás, megküzdés, szociális) modell, és a DMQ-R (Drinking Motives Questionnaire Revised: Cooper, 1994), módosított 4 skálával rendelkező modell kérdőívét. Elemszámaikat tekintve a kutatásokban nagy szórás tapasztalható: a legkevesebb 13 fő, a legnagyobb minta 782 fő adatait dolgozta fel. A vizsgált populációk jellegüket tekintve szintén vegyesen jellemezhetőek a speciális klinikai mintától az általános lakossági felmérésig: 6 vizsgálat esetében kezelésben lévő klinikai mintával foglalkoztak (krónikus és ambuláns vegyesen), 4 vizsgálat esetében egészséges felnőttekkel, 8 esetében egyetemistákkal, 2 esetében középiskolások körében végeztek felmérést a klinikai kórképeket illetően, ezen belül 3 kutatás tisztán női mintával dolgozott. Legtöbb kutatás a szociális szorongás, vagy hangulatzavarok hátterében álló alkoholfogyasztási motivációkat kutatta, de nagy arányban szerepeltek a poszttraumás stressz zavarral kapcsolatos kutatások, és néhány más egyéb terület is (pl. skizofrénia, személyiségzavarok).

A legelső kutatás, mely közvetlen a háromfaktoros modell megalakulása után készült, pszichotikus populációt vizsgált (Mueser, Nisith, Tracey, Degirolamo és Molinaro, 1995). Ez az első és egyetlen olyan vizsgálat, mely az alkoholfogyasztási motivációkat skizofrén betegek körében vizsgálta. Az eredmények igazolták, hogy az alkoholfogyasztási motiváció skáláin elért átlagok, vagy múltbeli, vagy fennálló komorbid alkoholprobléma esetén voltak a legmagasabbak. A motivációk rangsorát tekintve mind a múltbeli, mind a fennálló probléma esetében a fokozás motivációja volt esetükben a legmagasabb. Az első kutatás, konklúziója megcáfolja a szelf-medikációs hipotézist, miszerint a skizofrén betegek a tünetekkel való megküzdés céljából fogyasztanak nagyobb mértékben alkoholt (Mueser és mtsai, 1995)

Ellentmondásos eredmények születtek a szociális fóbia és alkoholfogyasztással kapcsolatban. Míg egyesek (Ham, Bonin és Hope, 2007) az alkoholfogyasztási motivációk tekintetében, nem találtak különbséget, vagy éppen alacsonyabb megküzdéses motiváltságról számoltak be (Clerkin és Barnett, 2012) sőt, arra jutottak, hogy a szociális fóbiában szenvedők, nem szorongó társaiknál nem isznak többet (Ham és mtsai, 2007; Lewis, Hove, Witheside, Lee, Kireby, Oster-Aaland és mtsai, 2008; Clerkin és mtsai, 2012), addig mások (pl. Goldsmith, Tran, Smith és Howe, 2009) mediáló szerepet tulajdonítanak a motivációknak. Lewis (2008) azt találta, hogy a szociálisan szorongók valóban kevesebb alkoholt fogyasztottak, de esetükben a megküzdéses és konformitás motivációk mediálják az alkoholfogyasztás okozta káros következményeket. Sokat vitatott kérdés a szociális fóbia és motivációk közötti

kapcsolat erőssége és specificitása, különös tekintettel a megküzdéses motivációra. Blumenthal, Leen-Feldner, Frala, Badour és Ham (2010) például szignifikáns pozitív és kizárólagos kapcsolatról számol be a szociális fóbia és megküzdéses motiváció között. Ugyanakkor Buckner, Eggleston és Schmidt (2006) a szociális fóbia és fokozás motivációja között talált erős összefüggést, míg az össze többi motivációval nem talált kapcsolatot. Megemlítendő különbség azonban, hogy a két kutatás eltérő korcsoporttal dolgozott.

Az elemzésbe bevont kutatások közül a legnagyobb elemszámmal rendelkező kutatásban, speciálisan a generalizált szorongással való kapcsolatot vizsgálták (Goldsmith és mtsai, 2009). Azt találták, hogy a megküzdéses típusú alkoholfogyasztás az egyéb kognitív mediátorokon (pl. pozitív elvárások) keresztül hat az alkoholfogyasztásra, ezáltal a kutatás felhívja a figyelmet a kognitív-viselkedés terápiás eszközökkel dolgozó intervenciók fontosságára.

A poszttraumás stressz zavar komorbiditásának hátterében a kutatások egyértelműen a megküzdéses motivációt találták (Stewart, Mitchell, Wright és Loba, 2004; Kaysen, Dillworth, Simpson, Waldrop, Larimer és Resick, 2007; Dixon, Leen-Feldner, Ham, Feldner, Lewis, 2009). Hasonló eredményt kaptak serdülők (Dixon és mtsai, 2009) és felnőttek (Stewart és mtsai, 2004) esetében, miszerint az alkoholfogyasztás a traumát átélt személyek esetében, a PTSD hiperarousallemel járó tünetek tapasztalása következtében változik meg, és mindkét korosztályban a megküzdéses motiváció mutat összefüggést az alkoholfogyasztással, míg a többi motiváció nem. Ezek a személyek tehát egyértelműen azért isznak alkoholt, hogy felejtssenek, illetve oldják szorongásos tüneteiket és a traumát követő feszültséget. Egy további kutatás (Nishith, Resick és Mueser, 2001), melynek során szexuális erőszak áldozatául esett nőket vizsgáltak Amerikában, ugyan nem találtak összefüggést a PTSD tüneteinek és az alkoholfogyasztási motivációk között, ugyanakkor azt találták, hogy a negatív megerősítéssel működő motivációk (megküzdés, konformitás) összefüggést mutatnak az PTSD-vel együttjárá alvászavarral. Úgy tűnik tehát, hogy a szexuális traumán átesett nők, a traumát követő alvászavarral történő megküzdés eszközeként gyakran választják a nagymennyiségű alkoholfogyasztást.

Evészavarokat vizsgáló kutatások eredményei már nem ennyire egyértelműek. A kutatók megegyeznek abban, hogy az evés és az alkoholfogyasztás problémái együttjárának (Anderson, Simmons, Martens, Ferrier és Sheehy, 2006; Luce, Engler és Crowther 2007), de az alkoholfogyasztási motivációk típusának tekintetében nincsen egyetértés a kutatók között. Míg az egyik kutatás kizárólag a megküzdéses motivációkkal lát összefüggést (Anderson és

mtsai, 2006), addig a másik kutatás eltérő eredményeket talált a különböző evészavarokban szenvedő személyek esetében (Luce és mtsai, 2007). Ez utóbbi kutatás 4 különböző csoportot vizsgált: BN (bulimia nervosa csoport), BE (binge eating, impulzív evési rohamokkal jellemezhető csoport), NE (non eating, anorexiás csoport), és az egyéb, máshova nem sorolhatóak. Az találták, hogy a bulimiás és anorexiás csoport mind az alkoholfogyasztási szokásaik és fogyasztási gyakoriságuk (hétvégi, azaz alkalmi, illetve mindennapos, azaz rendszeres alkoholfogyasztás), mind pedig a fogyasztási motivációk (megküzdés, illetve fokozás) tekintetében eltérnek (Luce és mtsai, 2007).

Hangulatzavarokat vizsgáló kutatások között kettő a szorongásos és hangulatzavarok együttes előfordulását vizsgálta (Nishith, Mueser, Srsic és Beck, 1997; Windle és Windle, 2012), egy a bipoláris zavarokat (Meyer, 2012) és egy pedig tisztán depressziós kórképet vizsgálat (Gonzales, Collins és Bradizza, 2009). Ez utóbbi a szuicid fantáziák előfordulását és az alkoholfogyasztással kapcsolatos helyzeteket vizsgálta depresszió esetén. A kutatás során arra jutottak, hogy nagymértékben a helyzettől függ, hogy mely típusú motiváció táplálja az alkoholfogyasztást: míg a társas helyzetekben a fokozás, addig az egyedül történő alkoholfogyasztás esetén a megküzdéses motiváció állt a háttérben, mely utóbbi az öngyilkossági gondolatokat is mediálta, de a depressziót magát nem (Gonzales és mtsai, 2009). Az állapotfüggő motivációkra hívja fel a figyelmet Meyer és munkatársainak (2012) kutatása is, ahol bipoláris betegeket vizsgált, különválasztva az egyes múltbeli hangulati szakaszokat. Azt találta, hogy az alkoholfogyasztás a szélsőséges (depresszív és hipomán) szakaszokban magasabb volt, de a háttérben álló motivációk szakasz jellegétől függően különböztek. Negatív, internális motiváció (megküzdés) a depressziós szakaszokra, és pozitív internális valamint externális (fokozás és szociális) motiváció a hipomán szakaszokra volt jellemző, míg eutím állapotban nem találtak szignifikáns különbséget a motivációkat illetően. Konklúziójuk szerint a szelf-medikációs hipotézis önmagában nem elégséges magyarázat, és az elemzéskor a tünetek jellegét is figyelembe kell venni (Meyer és mtsai, 2012).

Windle és Windle (2012) közleménye, a vizsgált publikációk között az egyik longitudinális kutatás, mely nagy mintán, több mérési ponttal vizsgálta, hogy a serdülőkori motivációk milyen mértékben jósolják be a későbbi, komorbid pszichés (szorongásos és hangulati) zavarokat. Azt találták, hogy a serdülőkori megküzdéses motivációk bejósolják a későbbi, fiatal felnőttkori szociális fóbiát és major depressziót, ezáltal bizonyítást nyert, hogy a megküzdéses motivációk szerepet játszanak az alkoholproblémák, és más pszichés zavarok etiológiájában is (Windle és mtsai, 2012). A másik longitudinális vizsgálat

személyiségzavarok kialakulását vizsgálta 5 év távlatában (Tragesser, Sher, Trull és Park, 2007). A B-Klaszterbe tartozó személyiségzavarok tüneteit leginkább a fokozás és megküzdéses motivációk jósolták be, feltételezhetően azért, mert sikeresen magyarázzák az ilyen jellegű zavarok háttérében álló affektív instabilitás és érzelemszabályozási problémákat. Az alkoholfüggőség diagnózisát illetően csak a fokozás esetében találtak időbeli stabilitást, a többi motiváció nem tudta bejósolni a későbbi alkoholproblémákat (Tragesser és mtsai, 2007).

Két további kutatás a nemek közötti különbségekre hívja fel a figyelmet (Norberg, Norton, Olivier és Zvolensky, 2010; Lehavot, Stappenbeck, Luterek, Kaysen és Simpson, 2013). Norberg és munkatársai (2010) a szociális fóbia vitatott kérdéskörét kutatásuk konklúziójával oly módon próbálja lezárni, hogy felhívja a figyelmet a két nem eltérő reakcióira a társas helyzeteket illetően. Pozitív helyzetekben ugyan nem találtak különbséget a két nemnél, viszont amennyiben a negatív érzelmi helyzetekre kérdeztek rá (ahol fokozottabban tapasztalhatóak a szociális szorongás kellemetlen fiziológiai tünetei), azt találták, hogy a nők gyakrabban hivatkoztak a megküzdéses motivációkra, míg a szorongó férfiaknál nem jött ki ez az eredmény. A szerzők szerint ez azért lehetséges, mivel a szociálisan szorongó férfiak a negatív társas helyzeteket inkább elkerülik (Norberg és mtsai, 2010).

A másik kutatás mely a nemek közötti különbségekre hívja fel a figyelmet, a PTSD háttérében álló alkoholfogyasztást vizsgálta (Lehavot és mtsai, 2013). Eredményeik szerint a PTSD tünetek mindkét nemben a megküzdéssel, míg a férfiak esetében a fokozással is összefüggést mutattak. A motivációk hatással voltak az elfogyasztott mennyiségre is: míg a fokozás mindkét nemben, addig a megküzdés csak a nők esetében volt hatással az elfogyasztott alkoholmennyiségre. A szerzők szerint egy traumatizált populációval foglalkozó intervenciónak mindenképpen a megküzdéses motivációkra kell fókuszálnia (Lehavot és mtsai, 2013).

#### **4.3.3 Konklúziók**

A kutatások áttekintése sok esetben támogatja a szelf-medikációs hipotézis létjogosultságát. Khantzian (1997) szerint a függőséggel kapcsolatos vulnerabilitás egyénenként eltérő lehet. Sok esetben a függőség egy korábban absztinens személyben alakul ki, vagy olyan valakiben, aki egy komoly krízist követően vagy trauma hatására, vált alkalmi fogyasztóvá, amikor a személy megküzdési kapacitása épp lecsökkent. Erre utalhatnak a PTSD-vel kapcsolatos eredmények is, melyek szinte kivétel nélkül a megküzdéses motivációt állítják előtérbe (Nishith és mtsai, 2001, Kaysen és mtsai, 2007; Dixon és mtsai, 2009). Elmélete szerint, a függőség, azért alakul ki, mert a használó a szeren keresztül különböző előnyöket tapasztal

meg. Az ezután bekövetkező folyamatok egyrészt lehetnek regresszívek, melyek tovább növelik az eredeti vulnerabilitást, és lehetnek progresszívek, melyek hatására a személy erősebb lelki stabilitást, jobb működést tapasztal. Ezek a hatások meggátolhatják a további érzelmi fejlődést, mely folyamatra fiatalabb korban szerhasználó személyek érzékenyebben reagálnak. Ez lehet az oka annak is, hogy a kutatások során vizsgált serdülő populációk esetében, korképtől függetlenül, minden esetben megküzdéses motivációt találtak a háttérben (Dixon és mtsai, 2009; Blumenthal és mtsai, 2010; Windle és mtsai, 2012). Khantzian elmélete arra is kitér, hogy a függőségek kialakulása esetében, a választott szer nem a véletlen műve, hanem egy sor pszichofarmakológiai kölcsönhatás és a személy érzelmi állapotának függvénye. A szer hatása egy nem létező, vagy nem jól működő egomechanizmust helyettesít, vagy elhárításként működik. Ezt alátámasztja az is, miszerint a legtöbbet vizsgált kórkép a szorongásos zavarok családjába tartozik, míg az alkohol szedatív hatása közismert.

Azon esetekben, ahol nem a megküzdéses motiváció állt előtérben, ott a probléma jellegéből adódóan a használat eltérő motivációval magyarázható. Például a B-klaszterbe tartozó személyiségzavarok esetében (Tragesser és mtsai, 2007) azért magyarázhatja a komobiditást egyaránt a megküzdéses és fokozásos motiváció, mert feltételezhetően eltérő tüneteket mértek a vizsgálat során. A borderline személyiségzavar emocionális instabilitása éppúgy a B-klaszterbe tartozik, mint az antiszociális személyiségzavar indulatkezelési problémája. Előbbi feltételezhetően inkább a megküzdéses, míg utóbbi inkább a fokozásos motivációhoz kapcsolható. Hasonlóan a bipoláris zavar esetében is (Meyer és mtsai, 2012) az éppen aktuálisan domináns szakasztól függhet az eredmény. Míg a depresszív fázishoz a megküzdéses motiváció, addig a hipomán szakaszhoz a fokozásos motiváció kapcsolható. Evészavarban (Luce és mtsai, 2007) eltérő eredményeket okozhatnak az anorexia és bulimia nervosa közötti alapvető pszichodinamikai különbségek, és skizofrénia esetében a fokozásos motiváció jelenlétét illetően (Mueser és mtsai, 1995) szintén érdemes lenne megvizsgálni a pozitív és negatív tünetek megoszlását a mintában.

A fenti eredmények nem cáfolják meg a szelf-medikációs hipotézist, ugyanakkor felhívják a figyelmet arra a szituációs (Norberg, 2010; Gonzales, 2009) és állapotfüggő (Meyer és mtsai, 2012) tényezőkre, valamint a nemek közötti különbségekre is, melyek a pszichopatológiai intervenciók során külön figyelmet igényelnek. Egy fennálló komorbid zavar esetében sokat segíthet, ha megvizsgáljuk, milyen funkciót tölt be az alkohol az illető életében (Demetrovics, 2007), valamint a fenti eredmények arra is rámutatnak, hogy a függőség kezelése nem jöhet létre a mögöttes pszichiátriai zavar kezelése nélkül, hisz amíg a személynek előnye származik



a szer használatából (akkor is amikor már a terhére van a függősége) nem fog tudni megszabadulni a szertől, hisz a használatát illetően folyamatos megerősítést tapasztal.

## 5 KÖVETKEZTETÉSEK

---

Az elmúlt évtizedek során sokan, sok szempontból próbálták megközelíteni a problémás alkoholfogyasztás kérdését. Több tipológia készült, mely próbálta rendszerezni az alkoholfogyasztókat, de nem mindig érték el céljukat és törekvéseikkel úgy tűnik nem tudták teljes mértékben lefedni a probléma sokrétűségét. A domináns, preferált alkoholtípus vagy fogyasztói kultúrák megkülönböztetése nehezen alkalmazható, hiszen az eredmények szerint a kultúrák konvergálnak (Mäkelä, 2005). Társadalomtudományi alapokon nyugvó tipológia is készült, mely például az utolsó alkalommal elfogyasztott mennyiséget, fogyasztási gyakoriságát vagy az utolsó fogyasztás idejét veszi alapul (Elekes, 2004) de ez a tipológia középiskolásokra már nem volt jól alkalmazható. A biológiai szemléletben készült egydimenziós tipologizálás túl szűk kereteket teremt és nem ad átfogó magyarázatot az alkoholizmus kialakulásának megértésére (pl. Cloninger, 1996; Babor, 1992). Másokat módszertani szempontból sok kritika érte az egyoldalú vizsgálati populáció miatt (Lesch és mtsai, 1995), vagy olyan kategóriákat teremtettek melyek a gyakorlatban nehezen alkalmazhatóak, mivel a típusok között átfedések vannak, és nem különölnek el kellően egymástól (pl. Jellinek, 1960).

További problémaként felmerül, hogy a nagyivók és a problémás ivók csoportja sokszor nem esik egybe, valamint a nagyivás főleg a fiatalok esetében jelenik meg önálló kategóriaként (pl.: Wechsler, Dowall, Davenport és Castillo, 1995a, Quigley és Marlatt, 1996)., ezért eltérő dinamikát és motivációkat kell feltételeznünk a háttérben.

A kutatók egyetértenek abban, hogy nagyivás jelenségét, amellet, hogy fogalmi és definíciós zavar övezi, fontos vizsgálati terület lehet, mivel befolyásolhatja a későbbi alkoholfogyasztási mintázatokat a felnőttkor során (pl. Wechsler és mtsai, 2000; O'Malley és mtsai, 2002). Az eddigi vizsgálódások során a kutatók különböző individuális, kontextuális és szocio-demográfiai tényezőkkel hozták összefüggésbe a nagyivás jelenségét (Wechsler és mtsai, 1995a; Wechsler és mtsai, 2000; Kuntsche, Rehm és Gmel, 2004). Mivel ezek olyan korrelátumok, amelyek nagymértékben befolyásolhatják az alkoholfogyasztók fejlődési útvonalaikat, ugyanakkor számításba vételük segítheti a fókuszált intervenciók kialakítását.



Vizsgálták ezzel kapcsolatban a nem (pl.: Wechsler és mtsai, 1995a; Hill és mtsai, 2002) a kor (pl.: McCabe, 2002), a családi háttér (pl.: Steinberg, 2002), iskolai végzettség (pl.: Helasoja és mtsai, 2006), a preferált alkoholtípus (Kuntsche, 2001) jelentőségét is, ugyanakkor ezek a vizsgálatok főleg serdülőkre és egyetemi hallgatókra korlátozódtak. Egyesek (Woerle és mtsai, 2007) arra hívják fel a figyelmet, hogy a felnőtt nagyivók egy része a szűrőteszt szerint nem is számít problémás alkoholfogyasztónak.

Több információt nyújtanak a pszichológiai változókat bevonó kutatások, melyek a háttérben meghúzódó személyiségtényezők szerepét vizsgálják. Például a szenzoros élménykeresés és alkoholproblémák összefüggését többnyire a férfiak körében találták kimagaslóan erősnek (Bear, 2002), ugyanakkor itt is a legtöbb kutatás fiatalokat és serdülőket vizsgált. A biológiai alapokat kutató elméletek, a szenzoros élménykeresés, mint stabil személyiségjellemzőként létező voltára utalnak, mely a felnőttkorban nem tűnik el, bár a mértéke az idővel változhat (Zuckermann, 1994), így nyitva hagyja a fiatalkori alkoholfogyasztással való kapcsolatát serdülőkor után.

Sokan foglalkoztak azzal, hogy vajon milyen tényezők vezetnek a fiatalkori nagyivás fennmaradásához, vagy eltűnéséhez. Szociokulturális elméletek szerint a társadalmi szerepek alakulása, és a megfelelő normák szocializálódása, valamint egyéni célkitűzések megfogalmazása segíthetik a nagyivó fiatalokat abban, hogy a fiatalkori nagyivást idővel csökkentsék (Schulenberg, 1996a; Gotham és mtsai, 1996). Ez, a szakirodalomban „*maturing out*”-nak (kinövésnek) nevezett, változás rendkívül komplex, sok tényező által meghatározott jelenség, és legjobban longitudinális kutatási elrendezéssel vizsgálható (Yamaguchi, 1990).

Más megközelítésből kognitív kutatások is igyekeztek magyarázatot találni (pl. Marlatt és mtsai, 1985; Brown, 1985) a fiatalok alkoholfogyasztási szokásainak alakulására. Ezek a korai kutatások főleg az elvárások fogalmával dolgoztak, de újabban a kutatók a motivációk felől közelítik meg a problémát (pl. Cox és Klinger, 1988). Az alkoholfogyasztás motivációs koncepciójának alapfeltevése, hogy az emberek azért isznak, hogy elérjenek bizonyos kimeneteleket. Feltételezi továbbá azt is, hogy az alkoholfogyasztói viselkedés bizonyos szükségleteket és funkciókat elégít ki. Később Cooper (1992b, 1994) két-dimenziós mátrixából létrejött négy alkoholmotivációt: fokozásos (belső és pozitív), társas (külső és pozitív), megküzdéses (belső és negatív) és konformitás (külső és negatív) motivációnak nevezték el. Az utóbbi években vizsgálatok sora mutatott rá arra, hogy az alkoholfogyasztást magyarázó tényezők közül, az alkoholmotivációk tekinthetők a fogyasztáshoz „legközelebb” állónak (Cooper, Forne, Russell és Mudar, 1995; Kuntsche és mtsai, 2005; Kuntsche és mtsai,

2006; Urbán, és mtsai, 2008b), és a motivációk mediálják más tényezők (pl.: elvárások, alkoholfogyasztás mértéke, gyakorisága, személyiségvonások, szituációs hatások stb.) hatását. A vizsgálatoknak azt is sikerült kimutatniuk, hogy az alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációk a fiatalok alkoholfogyasztásának mintegy 50%-t magyarázzak (Kuntsche, 2007a) s ezzel összefüggésben az alkoholfogyasztással összefüggő problémáknak és a nagyivásnak erős prediktorai (Kuntsche, 2006), ezáltal feltételezhető, hogy az alkoholfogyasztási motivációk jól hasznosíthatóak a prevenciós és intervenciós munka során.

Összefoglalásként elmondható, hogy személyiségjegyek vizsgáló kutatások alapján az alkoholt fogyasztó fiatalok két csoportja különböztethető meg. Először is azok, akik fokozatos motivációjuk miatt isznak, általában extrovertáltabbak, impulzívak, agresszívek. Rájuk a magas szenzoros élménykeresés, az alacsony kontroll, az alacsony lelkiismeretesség jellemző. Ezzel szemben azok, akik megküzdéses motivációk miatt isznak, általában alacsony barátságossággal, magas neuroticizmussal és negatív énképpel jellemezhetőek. Kutatások arra utalnak, hogy ez utóbbi csoportba tartozó fiatalok azok, akinél a nagyivás fennmarad és később a felnőttkorban súlyosabb alkoholproblémákat vonhat maga után (pl. Kuntsche, 2006), ráadásul későbbi komorbid zavar formájában is súlyosbíthatja a pszichiátriai zavarok jellegét. Szakirodalmi áttekintésünk is alátámasztja a fokozott alkoholfogyasztás öngyógyításként működő funkcióját a fennálló pszichiátriai problémák esetében. Azokban az esetekben, ahol nem a megküzdéses motiváció állt a komorbiditás hátterében, ott a probléma jellegéből adódóan az alkoholfogyasztás eltérő motivációval magyarázható (pl.: antiszociális személyiségzavar, hipomán szakaszok, bulimia). Ezen zavarok hátterében álló eltérő motivációk mutatnak rá arra, hogy figyelembe kell vennünk a szituációs (Norberg, 2010; Gonzales, 2009) és állapotfüggő (Meyer és mtsai, 2012) tényezőket, valamint a nemek közötti különbségeket is, melyek a pszichopatológiai intervenciók során külön figyelmet igényelnek.

A motivációs elmélet előnye, hogy magába foglalja a tudattalan automatizált döntések, az elvárások, és a fogyasztó szubjektív értelmezési keretét. Sok kutatás megegyezik abban, hogy az alkoholfogyasztási motivációk rangsora, struktúrája a kor előrehaladtával változik (pl. Cooper, 1994; Kuntsche és mtsai, 2006). Ugyanakkor nehéz keresztmetszetileg megfelelő képek kapni a motivációk dinamikájáról, ezért longitudinális kutatások szükségesek a folyamat feltérképezéséhez, melyekből egyelőre nagyon kevés született a témakörben.

# EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK

---

## 6 VIZSGÁLATOK CÉLJA ÉS FELÉPÍTÉSE

---

Jelen disszertáció keretein belül 6 vizsgálatot mutatok be. Az első három kutatást keresztmetszeti elrendezésben, négy mintán, a másik három kutatást pedig két korcsoportban, egymáshoz illesztett mintákon, longitudinális elrendezésben végeztem. A kutatások célja egyrészt a korábbi, DMQ-R kérdőívvel folytatott validálási vizsgálatok kiegészítése volt, különböző korcsoportokban, és speciális mintán, azaz egy klinikai populáción. Emellett cél volt az alkoholfogyasztási motivációk minél mélyebb és hatékonyabb megismerése érdekében, a motivációk komplexitását tükröző exploratív jellegű profilelemzés, továbbá a motivációk hátterében meghúzódó hosszú távú hatások feltérképezésére irányuló modell verifikálása.

### 6.1 KERESZTMETSZETI KUTATÁSOK

A keresztmetszeti kutatások egy 6000 fős összesített mintával dolgoznak, mely az alábbiakból tevődik össze: 2913 fős középiskolás, 2268 fős egyetemista, 670 fős felnőtt és 149 fős klinikai csoport.

#### 1. kutatás

A kutatás a korábbi, validálást megcélzó vizsgálatainkat kiegészítve (Németh, Urbán, Farkas, Kuntsche, Demetrovics, 2012), az alkoholfogyasztási motivációkat mérő kérdőív faktorstruktúrájának stabilitását ellenőrzi 4 különböző mintán. Az összesen 6000 fős mintán végzett belső konzisztencia-, és konfirmátoros (megerősítő) faktorelemzések differenciálnak a kérdőív két típusa, az Alkoholfogyasztási Motivációi Módosított Kérdőív (DMQ-R) és az Alkoholfogyasztás Motivációi Módosított Kérdőív rövid változata (DMQ-R-SF) között, majd ezután a kutatás kitér a nemek közötti különbségekre is. A kutatás nagyobb és szerteágazóbb, speciális mintán is alátámasztotta korábbi eredményeinket miszerint az eredeti DMQ-R kérdőív illeszkedése nem volt maradéktalanul kielégítő, ugyanakkor a kérdőív rövid változata mind a három korcsoportban és a klinikai populáció esetében is megfelelő illeszkedési mutatókkal rendelkezett, ezért a további vizsgálatok során a DMQ-R-SF-et alkalmaztam. A konfirmátoros faktorelemzés modelljeinek többlépcsős összehasonlítása során azt az eredményt kaptam, hogy mind a nem, mind a kor tekintetében eltérően működnek az alkoholfogyasztási motivációk, ez indokolta a további vizsgálódást a témában.

#### 2. kutatás:

Folytatva, és kiegészítve az előző eredményeket, a második vizsgálat során, a három korcsoportban és klinikai mintán, a motivációk megoszlását, valamint az alkoholfogyasztási problémákra gyakorolt hatásukat vizsgáltam.

Mivel a négy vizsgálati csoport között már az átlagok és varianciák közötti eltérések elemzése is nagymértékű különbségeket tárt fel, ezért azt is megvizsgáltam, milyen mértékben működik a motivációk bejósoló ereje. Arra voltam kíváncsi, hogy a kérdőív által mért motivációk mennyire képesek előrejelezni az alkoholfogyasztási problémákat, különös tekintettel a nagyivásra, illetve, hogy a három különböző korcsoportban, és a klinikai mintán, milyen jellegű eltérések tapasztalhatóak. Ennek érdekében többcsoportos regressziós modellezést alkalmaztam, ahol az alkoholfogyasztási motivációk típusai a bejósoló változók, az alkoholfogyasztási problémák, a nagyivás pedig, mint kimeneti változó szerepeltek mind a négy mintában.

### **3. kutatás:**

A keresztmetszeti vizsgálatok utolsó fázisában arra voltam kíváncsi, vajon a fenti eredmények mentén esetleg igazolhatóak-e motivációs profilok, melyek a különböző alkoholfogyasztási motivációk kombinációiból adódnak. Az eddigi kutatásoktól eltérően, itt a négy csoportot nem kezeltem külön, hiszen egyúttal azt is teszteltem, hogy a négy minta ivási szokásai vajon tükröződnek-e majd a profilokon keresztül is. Az összesített 6000 fős mintán látens profilelemzést végeztem, majd a modellbe beiktatott korvariánsokon keresztül vizsgáltam meg, hogy a profilok milyen mértékben függenek a kortól, nemtől és az alkoholfogyasztási szokásoktól.

## **6.2 LONGITUDINÁLIS KUTATÁSOK**

Megkíséreltük, hogy a 2009 és 2010 során kutatásba bevont középiskolásokat és egyetemistákat, egy évvel később megkeressük, és alkoholfogyasztási szokásaikról és motivációikról újból megkérdezzük őket. Mivel egy illesztett keresztmetszeti kutatás keretében indultunk el, melynek keretében azt próbáltuk felderíteni, hogy mi történik a középiskola-egyetem, illetve egyetem-munkába állás során bekövetkező átmenetkor, ezért fennállt a veszélye a nagyfokú lemorzsolódásnak. Ennek ellenére sikerült 1095 főt utolérnünk a második forduló során – a longitudinális kutatások eredményei az ő adataikból származnak.

### **4. kutatás:**

A negyedik vizsgálat már longitudinális elrendezésben zajlott, és a DMQ-R-SF kérdőív és az általa mért alkoholfogyasztási motivációk időbeli stabilitását kutatja. Keretében 1095 fős mintán ellenőriztem a kérdőív stabilitását, belső reliabilitásának változását, konstruktum validitását, valamint feltérképeztem az motivációk változását egy év elteltével.

## **5. kutatás:**

A következő lépésben, a keresztmetszeti kutatásokhoz hasonlóan, longitudinális elrendezésben is ellenőriztem a motivációk alkoholfogyasztási problémákra gyakorolt hatását, különös tekintettel a nagyivásra. Többszörös regressziós elemzés során azt néztem meg, hogy vajon az első időpontban mért alkoholfogyasztási motivációk, az egy évvel később vizsgálat alkoholproblémát milyen mértékben képesek bejósolni.

## **6. kutatás:**

Az utolsó vizsgálat, az 5. kutatás logikus folytatásaként egy strukturális egyenlet modell keretében vizsgálja meg az első időpontban mért pszichopatológiai tünetek és a második időpontban mért alkoholfogyasztási problémák közötti lehetséges útvonalakat, Egyúttal teszteli az alkoholfogyasztási motivációk közvetítő szerepét a tünetek és problémák között. Az útvonalakat külön vizsgálom az egyetemisták és középiskolások csoportján, valamint a két nem tekintetében is. Végül pedig a pszichopatológiai tünetek indirekt hatását mérve, a motivációkon keresztül kifejtett, mediáló hatás mértékét is tesztelem.

## 7 KERESZTMETSZETI VIZSGÁLATOK

---

### 7.1 DMQ-R KÉRDŐÍV FAKTORSTRUKTÚRÁJÁNAK ELLENŐRZÉSE NÉGY KÜLÖNBÖZŐ MINTÁN

#### 7.1.1 Célkitűzés

Legtöbb alkoholfogyasztási motivációt vizsgáló kutatás serdülők, vagy kollégiumokban élő egyetemisták körében zajlott, többségük Amerikában (Kuntsche és mtsai, 2006). Eddig kevés információnk áll rendelkezésre a fiatal felnőttek, idősebbek, vagy akár klinikai minta alkoholfogyasztási motivációit illetően. A nemzetközi szakirodalom áttekintése után pusztán egy kutatást találtam, mely klinikai és felnőtt mintán is tesztelte a motiváció faktorstruktúráját Spanyolországban (Mezquita, Stewart, Ibanez, Ruiperez, Villa, Moya és mtsai, 2011).

Felmerül tehát a kérdés, hogy vajon alkalmazható-e a motivációkat mérő, serdülő populációra kidolgozott kérdőív Magyarországon felnőttek körében illetve klinikai mintán is, hiszen az alkoholfogyasztási motivációk beazonosítása a fiatalok számára kidolgozható prevenciók mellett, segíthetné akár a már aktuálisan fennálló alkoholproblémával rendelkezők részére az intervenciók kidolgozását is.

A vizsgálat célja, hogy teszteljem az Alkoholfogyasztás Motiváció Módosított Kérdőív, munkacsoportunk által korábban már validált (Németh és mtsai, 2012) formáját, négy különböző mintán, azaz három korcsoportban és egy klinikai mintán, azonosítsam az esetleges eltéréseket, valamint összehasonlítsam a korábbi saját, illetve nemzetközi kutatások eredményeivel. Kutatások rávilágítanak arra, hogy az általános használat előtt, az alkalmazandó mérőeszköz minél sokrétűbb validálásra van szükség, ahhoz, hogy meggyőződjünk kutatásunk eredményeinek helytállóságáról. Korábbi eredményeink (Németh és mtsai, 2012) rávilágítottak arra, hogy a kérdőív, konfirmátoros faktorelemzés során talált illeszkedési mutatói nem megfelelőek, ezért a kérdőív rövid (DMQ-R-SF-HU) változatának tesztelését is elvégeztem a mintákon. Mivel a kérdőív rövid verzióinak skálái a hosszú kérdőív tételeiből levezethetőek, ezért lehetőségem volt a kérdőív két verziójának összehasonlítására is.

#### 7.1.2 Módszer

A vizsgálati minta összesen négy almintára osztható. A középiskolások (1) és egyetemisták (2) mintája egy illesztett, reprezentatív, longitudinális kutatás első fázisában résztvevők adatait tartalmazza, ahol a többlépcsős mintavételi eljárás során, budapesti kollégiumokban végzett szisztematikus adatfelvételi eljárást követően, a megkérdezett kollégisták által



leggyakrabban említett vidéki középiskolákat kerestük fel. A felnőtt (3) és klinikai (4) minta adatai hozzáférhetőségi felvételi eljárással kerültek felvételre. A klinikai minta résztvevői a Nyíró Gyula Kórház-OPAI Drogambulanciájának populációjából kerültek ki.

#### **7.1.2.1 Egyetemista minta**

Az első minta felvételére 2009-ben került sor, mely eljárás keretében 5 nagy budapesti egyetem (Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapesti Műszaki Egyetem, Budapesti Corvinus Egyetem, Semmelweis Egyetem, Moholy-Nagy Művészeti Egyetem) összes, éppen működő kollégiumában végeztünk szisztematikus adatfelvételt, engedélyt kérve a kollégium vezetőitől. Az adatfelvételi eljárás során többnyire végzős pszichológia szakos egyetemi hallgatók (továbbiakban vizsgálatvezetők) segédkeztek, akik tanulmányi kurzusuk keretében ellátogattak az összesen 38 kollégiumba, majd szisztematikusan, minden szobába bekopogtatva, többször végigjárták azokat. Célszemélynek a kutatás szempontjából az számított, aki jelenleg az egyetemi tanulmányainak végén jár, azaz a 7. vagy többedik aktív félévét tölti a szakon. Erre a szűrési feltételre azért volt szükség, hogy a tervezett második megkeresés során már nagy valószínűséggel lezárult tanulmányokkal rendelkezzen, és ezáltal meg tudjuk vizsgálni további, az egyetemi tanulmányokat követő fejlődési menetét is.

A résztvevők írásos beleegyező nyilatkozat aláírása és a kutatás menetének (tehát későbbi megkeresés lehetőségét fenntartva), a részvétel önkéntességének és anonimitásának részletes tájékoztatása után kapták kézhez a kérdőíveket, melyeket nyugodt körülmények között a szobájukban tölthettek ki, majd a vizsgálatvezetők visszatértek a kitöltött kérdőívek begyűjtése céljából.

Az összesen 10190 főt számláló kollégiumokban a kutatásba bevont hallgatók száma az alábbiak szerint alakult: 511 főt háromszori megkeresés után sem tudtunk elérni, 6125 fő nem bizonyult célszemélynek a kutatás szempontjából (tehát 1.-6. aktív félévét tölti egyetemi jogviszonya során), 272 fő más, egyéb okból kifolyólag nem bizonyult célszemélynek (pl.: doktorandusz, vagy külföldi hallgató). Tehát végül 3282 fő volt az, aki kutatásunk szempontjából célszemélynek számított. Ebből a populációból 189 volt tartósan távol az adott félévben (pl.: ösztöndíjjal külföldön tartózkodott), 36 fő esetében pedig egyéb okokból kifolyólag megghiúsult a kikérdezés (pl. a célszemély nem volt kikérdezésre alkalmas állapotban). A maradék 3057 főből 500 fő elutasította a kutatásban történő részvételt, ami egy 16%-os aktív visszautasítási arányt eredményezett. Ezen felül további 181 fő megkezdte a kérdőív kitöltését, de nem juttatta vissza munkatársunkhoz azt, ami egy 7%-os passzív visszautasítási arányt eredményezett.

Összesen tehát 2376 kérdőív került vissza hozzánk, közülük 55 főt (2,3%) a nagymértékű (>20%), kulcsfontosságú (nem, kor) hiányzó adat miatt ki kellett szűrni a mintából. Mivel az alkoholfogyasztási motivációkat csak akkor lehet vizsgálni, amennyiben az illető az elmúlt egy évben fogyasztott alkoholt, ezért további 53 (2,3%) főt kellett kizárnunk a mintából. Így végül 2268 egyetemista adatai kerültek felhasználásra, melyből 1352 férfi (60%) és 917 nő (40%), kik átlagéletkora 22,8 (szórás 1,4).

Az egyetemista mintát a dolgozat további részében, táblázatok és egyenletek ismertetésekor, az egyszerűség kedvéért CS (college sample) rövidítéssel fogom illetni.

#### **7.1.2.2 Középiskolás minta**

A középiskolások esetében is, az egyetemistákhoz hasonlóan, végzős évfolyamokat szerettünk volna bevonni longitudinális kutatásunkba, hogy aztán később megkeresve őket, a középiskola utáni életpályájukat is figyelemmel tudjuk kísérni. Annak érdekében, hogy az egyetemista mintával történő összehasonlíthatóság biztosítva legyen, a középiskolák, 2010-ben, a fent bemutatott 2009-es egyetemista minta, „Hova jártál középiskolába?” kérdésre adott válaszai alapján kerültek kiválasztásra, szisztematikus megkereséssel. Azokat a vidéki középiskolákat kerestük meg felkérésünkkel, amelyet legalább 6, vagy annál több budapesti kollégista megnevezett. Az összesen megnevezett 93 iskolából egy, vagy annál több osztály került random kiválasztásra, arányosan aszerint, hogy hány egyetemista származott abból az adott iskolából. A 93 iskolán belül 29-ből legalább 12 egyetemista (12-20 közötti), és 8-ból pedig több mint 20 egyetemista származott, ezért összességében 64 iskolában kértünk fel 1 osztályt, 21-ben 2 osztályt, és 8-ban 3-at. A felkért 130 osztályból 20 visszautasította a részvételt (15,3%-os visszautasítási arány), ezért a mintát azon az iskolák osztályaival egészítettük ki, amelyeket legalább 5 egyetemista nevezett meg.

A kérdőív kitöltésére a szülői beleegyezést követően egy-egy iskolai tanóra állt rendelkezésre. A résztvevők szóban és írásban is kaptak tájékoztatást a vizsgálatról, illetve arról, hogy a részvétel önkéntes és anonim.

Összesen tehát 3070 diák vett részt országszerte 93 vidéki középiskolából, akik közül a válaszok nagyarányú (<20%) hiánya miatt 26 főt (0,8%), alkoholhasználat hiánya miatt pedig további 131 főt (4,2%) kellett kiszűrni. A végső minta tehát 2913 főből állt, melyből 1292 (44,4%) fiú, és 1621 (55,6%) lány, átlag életkoruk 17,9 (szórás 0,6).

A középiskolás mintát a dolgozat további részében, táblázatok és egyenletek ismertetésekor, az egyszerűség kedvéért HS (high school sample) rövidítéssel fogom illetni.

### **7.1.2.3 Felnőtt minta**

A felnőttek mintáját pszichológia szakos egyetemi hallgatók gyűjtötték a 30 és 60 év közötti informális köreikben. A kutatásba azon nem absztinens személyek lettek felkérve és bevonva, akik az elmúlt egy év során legalább egyszer fogyasztottak alkoholt. Összesen 708 fő töltötte ki a kérdőívet, melyből 8 főt hiányzó adatok miatt (<20% hiányzó adat) és további 30 főt (4,2%) alkoholhasználatuk miatt kellett kiszűrni a mintából, mivel nem fogyasztottak alkoholt az elmúlt egy évben. A végleges minta 670 fő adatait tartalmazza, melyből 404 férfi (60,3%) és 266 nő (39,7%), és átlag életkoruk 43,8 (szórás 8,6).

Az felnőttek mintáját a disszertáció további részében, táblázatok és egyenletek ismertetésekor, az egyszerűség kedvéért AS (adult sample) rövidítéssel fogom illetni.

### **7.1.2.4 Klinikai minta**

A klinikailag szignifikáns tünetekkel rendelkezők mintája a Nyíró Gyula Kórház-OPAI Drogambulanciájának jelenleg kezelés alatt álló betegeiből kerültek ki. A résztvevők a kérdőívet az aktuális kezelési kérdőívhez mellékelve kapták meg, melynek segítségével az Ambulancián állapotkövetést végeznek a betegek körében. A kezelési kérdőívet mindenki kitölti, aki az Ambulancián kezelést igényel, tehát elterelést, gyógyszeres kezelést, pszichoterápiát vagy szociális tanácsadást igénylők egyaránt szerepelnek a mintában. Mivel az Ambulancián nem csak alkoholproblémákkal küzdő betegek kezelése zajlik, ezért a kitöltött kérdőívek közül azok kerültek kiválasztásra, ahol a kitöltők az AUDIT (alkoholproblémákat szűrő teszt, bemutatása az 7.1.2.5.2. fejezetben olvasható) kérdőív szerint a problémás alkoholfogyasztók kategóriájába estek, így biztosítva a mintában az alkoholprobléma fennállását. 151 kiválasztott kérdőív közül 2 fő (1,1%) adatait nem tudtam hasznosítani, mivel esetükben kulcsfontosságú adatok (nem, kor) hiányoztak. A fennmaradó 149 kérdőívet kitöltők között 131 fő férfi (87,9%) és 18 nő (12,1%) volt, átlagos életkoruk 43,23 év (szórás 8,22).

A klinikai mintát a dolgozat további részében, táblázatok és egyenletek ismertetésekor, az egyszerűség kedvéért CLIN (clinical sample) rövidítéssel fogom illetni.

A minták összetételét és a kiválasztás kritériumait az 4. táblázat foglalja össze.

	<b>HS</b>	<b>CS</b>	<b>AS</b>	<b>CLIN</b>
<b>adatfelvétel éve</b>	2010	2009	2013	2014
<b>kitöltő</b>	3070	2376	708	151
hiányzó adatok miatt kiszűrt	26 (0,8%)	55 (2,3%)	8 (0,9%)	2 (1,1%)
alkoholhasználat miatt kiszűrt - HS, CS, AS esetében, ha egyszer sem ivott alkoholt az elmúlt egy évben	131 (4,2%)	53 (2,2%)	30 (4,2%)	-
összesen kiszűrt	157 (5,1%)	108 (4,5%)	37 (5,2%)	2 (1,1%)
<b>elemzés során felhasznált adat</b>	<b>2913</b>	<b>2268</b>	<b>670</b>	<b>149</b>

4. táblázat: A négy vizsgált minta (HS, CS, AS, CLIN) létszámának alakulása

#### 7.1.2.5 Mérészközök

A nem, születési év, családi állapot, foglalkoztatottság és szubjektíven megítélt gazdasági helyzet mellett a kérdőív szociodemográfiai része középiskolások és egyetemisták esetében kitért a tanulmányokra is. Emellett az alább említett kérdőívek kerültek feldolgozásra.

##### 7.1.2.5.1 Alkoholfogyasztási motivációk

A vizsgálatban a 20 tételes *Alkoholfogyasztási Motivációi Módosított Kérdőív* (DMQ-R: Cooper, 1994; magyar mintán először validálva: Németh és mtsai, 2012) és a 12 tételes *Alkoholfogyasztás Motivációi Módosított Kérdőív rövid változata* (DMQ-R-SF: Kuntsche, 2009; magyar mintán először validálva: Németh, 2012) kerül elemzésre, melyek közül kutatásunk során a hosszú kérdőív került felvételre. A rövid kérdőív skálái, a hosszú kérdőív tételeiből levezethetőek. Míg a hosszú kérdőív esetében 5-5 tétel tartozik egy skálához, addig a rövid kérdőív esetében csupán 3-3 kérdés fed le egy skálát. A skálák felépítése megegyezik a már korábban, az elméleti részben (4. fejezet) ismertetett alkoholfogyasztási motivációk modelljének (Cooper, 1994) motivációs típusaival. A kérdőív tételei arra kérdeznak rá, hogy a kitöltő milyen okokból kifolyólag, azon belül pedig milyen gyakorisággal fogyasztott alkoholt az elmúlt egy év során. A válaszokat az instrukció szerint az elmúlt 12 hónap alkoholfogyasztását felidézve kell mérlegelni, 5 válaszlehetőségen keresztül (0-tól 4-ig): „soha/szinte soha”, „időnként”, „az esetek felében”, „gyakran”, „mindig/szinte mindig”. A kérdőív mind a négy populáció esetben, ugyanebben a formában került felvételre, így a skálákon a minimum 0, az elérhető maximum pedig a hosszú kérdőív esetében 20, a rövid kérdőív esetében pedig 12 pont.

##### 7.1.2.5.2 Alkoholfogyasztás problémássága

Az alkoholfogyasztás indikátorait főleg az AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) szűrőteszten keretül mértük. Az *Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjét* az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával az 1980-as évek elején nemzetközi összefogásban fejlesztették ki (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente és Grant, 1993; Allen,

Litten, Fertig és Babor, 1997). A cél, egy olyan egyszerű mérőeszköz megalkotása volt, ami az alkoholproblémákkal küzdő személyek szűrését és problémáinak feltárását már a kezdeti szakaszoktól lehetővé teszi (Reinert és Allen, 2002). A kutatók igyekeztek olyan tételeket összeállítani, amelyek segítenek különbséget tenni az alkoholfogyasztással összefüggő testi és pszichológiai problémák megjelenésével veszélyeztetett személyek („hazardous drinkers”) és azok között, akiknél az ilyen jellegű problémák már megjelentek és komoly károsodást okoznak („harmful drinkers”). Az AUDIT 10 tételét úgy állították össze, hogy az alábbi három konceptuális terület megbízható felmérését tegye lehetővé: az *alkoholfogyasztás mértéke* (1–3. tétel), *alkoholfüggőség* (4–7. tétel), és az *alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatásai* (7–10. tétel). Az első nyolc tételt ötfokozatú, míg az utolsó kettőt három válaszlehetőséget tartalmazó skálán ítélt meg a kitöltő. A tételek pontozása 0-tól 4-ig terjed (az utolsó két tételre 0, 2 vagy 4 pont adható), így az elérhető maximális pontszám 40 pont. A magas pontszámok a problémák súlyosságának fokozódását mutatják. A problémás alkoholhasználatot 8 ponttól számítjuk (Babor, Biddle-Higgins, Saunders és Monteiro, 2001). Az AUDIT megbízhatóságát valamennyi tanulmány kiválóan találta. A szisztematikus áttekintések alapján a skála belső konzisztenciáját becsülő Cronbach- $\alpha$  mutatók átlagértéke 0,80, ami nagyfokú megbízhatóságot jelez (Reinert és Allen, 2002). A mérőeszköz időbeli stabilitását 2 és 6 hét elteltével történő ismételt felvétellel vizsgálták (Lennings, 1999; Maisto, Coniglaire, McNeil, Kraemer és Kelley, 2000; Daepfen, Yersin, Landry, Pécoud és Decrey, 2000). Az időbeli stabilitást mutató korreláció középértéke 0,79, ami szintén az AUDIT megbízhatóságát támasztja alá.

Az AUDIT-ban megfogalmazott, elmúlt egy évre irányuló kérdéseken túl, rákérdeztünk a *nagyivás elmúlt havi gyakoriságára* is. A kérdésfeltevés módja („Hányszor fordult elő veled az elmúlt 30 napban, hogy 6, vagy annál több italt ittál meg egy alkalommal?”), és a kapcsolódó válaszkategóriák (0: egyszer sem; 1: 1-3 alkalommal; 2: 4-9 alkalommal; 3: 10-19 alkalommal; 4: nem minden nap, de 20 alkalommal vagy többször; 5: minden nap) megegyeztek.

A kérdések a középiskolások és egyetemisták esetében tegező formában, a felnőtt és a klinikai minta esetében magázva voltak megfogalmazva.

#### **7.1.2.6 Statisztikai eljárás**

A DMQ-R kérdőív négydimenziós faktorstruktúrájának megerősítésére konfirmációs faktorelemzést (CFA) végeztem (Brown, 2006) többcsoporthoz elemzési móddal, amelynek során az illeszkedés mellett vizsgáltam a tételek töltését és a faktorok közötti korrelációt.

A modell illeszkedésének elemzésekor számos mutató (CFI, TLI, RMSEA, NNFI, SRMR) értékét figyelembe vettem. A CFI (comparative fit index), a NNFI (nonnormed fit index) és a TLI (Tucker Lewis index) mutatók az alapmodellhez való illeszkedést mutatják, és annál jobb az illeszkedés, minél közelebb van az érték az 1-hez (lehetőleg  $> 0,90$ ). Az RMSEA (root mean square error of approximation) és az SRMR (standardized root mean square residual) esetében a jó modellek értéke kisebb, mint 0,05; a közepesen illeszkedő modellek kb. 0,08, a gyenge illeszkedő modellek esetében pedig az érték nagyobb, mint 0,10 (Kline, 2005). A konfirmációs faktorelemzés során, nem megfelelő modellilleszkedés esetén, a modifikációs indexek segíthetik a modell átstrukturálását és összességében a modell javítását, amennyiben számításba vesszük a hibakovarianciák és keresztöltések hatását is. A többlépcsős konfirmációs faktorelemzés során kapott eredményeket a Satorra-Bentler próbának vetettem alá, ami a  $\chi^2$ -ek közötti különbség szignifikanciáját vizsgálja (Satorra és Bentler, 1994). A négy alkoholmotiváció skála megbízhatóságát a Cronbach alfa mutatóval mértem. A belső konzisztencia 0,9 és afeletti értéke kitűnő; 0,9 - 0,7 jó; 0,7-0,6 elfogadható; 0,6-0,5 gyenge; és 0,5 alatti érték elfogadhatatlannak számít (Nunnally, 1994). Végül a nemek közötti különbségeket t-próbával kalkuláltam, mely elemzésbe a klinikai mintát, a férfiak nagyon magas aránya miatt nem vontam be.

A csoportok motivációinak átlagai közötti különbséget ANOVA-val, és Games-Howell post hoc próbával teszteltem, a nemek közötti különbséget pedig csoportonkénti t-próbával vizsgáltam.

A konfirmátoros faktorelemzést MPlus 6.1 (Muthén és Muthén, 2007) programmal, a szociodemográfiai adatokat elemző leíró statisztikákat, varianciaanalízist, megbízhatóságot és t-próbát SPSS 17.0 statisztikai programcsomaggal készítettem.

### **7.1.3 Eredmények**

#### **7.1.3.1 A faktorstruktúra stabilitása**

Először a DMQ-R, 20 tételes kérdőív skáláin hajtottam végre konfirmációs faktorelemzést mind a középiskolások, egyetemisták, felnőttek és klinikai populáció mintáján többcsoportos elemzési móddal. Az illeszkedési mutatók ( $\chi^2_{HS}=3183$ ;  $\chi^2_{CS}=2607$ ;  $\chi^2_{AS}=1083$ ;  $\chi^2_{CLIN}=750$ ;  $df=752$ ; CFI=0,815; TLI=0,813; RMSEA=0,078 [0,076 – 0,080]; SRMR=0,090) sajnos az elfogadható tartományon kívül esetek és a modifikációs indexek vizsgálata során számos keresztöltésre és kovarianciára derült fény. Mivel a modell specifikációinak javítása csak akkor vezet torzításmentes modellhez, ha csak enyhe illeszkedési problémáról van szó (Brown, 2006), valamint a korábbi, magyar mintán végzett kutatás is hasonló eredményre



jutott (Németh és mtsai, 2012), ezért a keresztöltések és kovarianciák felszabadítása helyett második lépésben a DMQ-R-SF, 12 tételes rövid verzió tételeit teszteltem.

A DMQ-R-SF struktúrájának tesztelése a szabadon megbecsült (M0) konfirmációs faktorelemzés során már megfelelő illeszkedést mutatott ( $\chi^2_{HS}=468$ ;  $\chi^2_{CS}=465$ ;  $\chi^2_{AS}=276$ ;  $\chi^2_{CLIN}=231$ ;  $df=240$ ;  $CFI=0,939$ ;  $TLI=0,933$ ;  $RMSEA=0,058$  [0,055 – 0,061];  $SRMR=0,048$ ). Következő lépésben (M1) a nem hatásának kontrollálása mellett teszteltem a faktorstruktúrát. Az illeszkedési mutatók minimálisan eltértek ( $\chi^2_{HS}=599$ ;  $\chi^2_{CS}=541$ ;  $\chi^2_{AS}=322$ ;  $\chi^2_{CLIN}=254$ ;  $df=288$ ;  $CFI=0,933$ ;  $TLI=0,927$ ;  $RMSEA=0,058$  [0,055 – 0,060];  $SRMR=0,052$ ) de továbbra is az elfogadható tartományban maradtak. Harmadik lépésben a kor hatásának kontrollálását is teszteltem (M2), és újabb kismértékű illeszkedésbeli csökkenést tapasztaltam ( $\chi^2_{HS}=496$ ;  $\chi^2_{CS}=500$ ;  $\chi^2_{AS}=327$ ;  $\chi^2_{CLIN}=287$ ;  $df=288$ ;  $CFI=0,937$ ;  $TLI=0,931$ ;  $RMSEA=0,055$  [0,053 – 0,058];  $SRMR=0,048$ ). A szabadon megbecsült (M0), a nem (M1), valamint a kor (M2) hatásainak kontrollálása mentén szigorított modellek közötti  $\chi^2$  különbségeket a Satorra-Bentler tesztnek vettem alá, mely szerint M0 és M1 ( $\chi^2=2267,6$ ;  $\Delta df 48$ ;  $p>0,001$ ), valamint M0 és M2 között ( $\chi^2=1899,82$ ;  $\Delta df 48$ ;  $p>0,001$ ) is szignifikánsan romlottak az illeszkedési mutatók. Mivel azonban a szigorított modellek illeszkedési mutatói is elfogadható tartományon belül voltak, azt a következtetést vonhatjuk le, hogy nem és kor tekintetében szignifikáns eltérés van a motivációk tekintetében, ugyanakkor mind a négy mintánál a faktorstruktúra megtartott, tehát összességében a DMQ-R-SF jó működik.

A különböző minták faktorstruktúráját, azaz a tételek sztenderdizált faktortöltéseit az 5. táblázat mutatja be. Egy kivétellel, mindegyik sztenderdizált faktortöltés 0,5 fölött volt (kivétel: klinikai minta esetében, ahol 0,41-es faktortöltést találtam a „... mert jó buli alkoholt inni” kérdés a fokozás skálán) és erősen szignifikáns volt mind ( $p<0,001$ ), valamint azonos tételek eredményeztek magas faktortöltéseket mind a négy mintában. A legalacsonyabb faktortöltések a klinikai minta tételein tapasztalhatók.



		HS	CS	AS	CLIN
<b>megküzdés</b>	mert segít, amikor lehangolt vagy ideges	0,81	0,81	0,79	0,75
	hogy jobb kedvre derüljön, ha rossz hangulatban van	0,78	0,79	0,82	0,67
	hogy elfeledkezzen a problémáiról	0,76	0,75	0,78	0,65
<b>fokozás</b>	hogy feldobódjon	0,77	0,72	0,76	0,70
	mert kellemes érzést okoz	0,70	0,66	0,65	0,63
	mert jó buli alkoholt inni	0,58	0,55	0,56	0,41
<b>szociális</b>	mert segít élvezni egy bulit	0,76	0,75	0,74	0,75
	mert élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket	0,83	0,81	0,83	0,75
	mert feldobja a bulikat, ünnepeket	0,89	0,87	0,89	0,85
<b>konformitás</b>	hogy beilleszkedjen egy kedvelt társaságba	0,70	0,67	0,75	0,79
	hogy mások kedveljék	0,73	0,68	0,75	0,60
	hogy ne érezze úgy, hogy kimarad valamiből	0,67	0,70	0,74	0,79

5. táblázat: A DMQ-R-SF tételeinek sztenderdizált faktortöltései a konfirmációs faktorelemzés nyomán

### 7.1.3.2 A kérdőív megbízhatósága

A faktorok közötti korrelációk a három korcsoportban hasonlóan alakulnak. A legmagasabb korreláció a szociális és fokozás faktor között ( $r_{HS}=0,686$ ,  $p<0,001$ ;  $r_{CS}=0,653$ ,  $p<0,001$ ;  $r_{AS}=0,624$ ,  $p<0,001$ ) a legalacsonyabb korreláció a megküzdés és szociális faktor között ( $r_{HS}=0,340$ ,  $p<0,001$ ;  $r_{CS}=0,361$ ,  $p<0,001$ ;  $r_{AS}=0,411$ ,  $p<0,001$ ) volt tapasztalható. A klinikai minta ebben az esetben is némileg eltér a többi csoporttól, hiszen esetükben a legmagasabb korreláció a megküzdés és fokozás faktora ( $r_{CLIN}=0,574$ ,  $p<0,001$ ) a legalacsonyabb korreláció pedig a megküzdés és a szociális faktor ( $r_{CLIN}=0,213$ ,  $p<0,001$ ) között volt tapasztalható. Ez utóbbi volt a legalacsonyabb korrelációs érték az egész mintán, tehát a legjobban a klinikai csoportban mért megküzdés és a szociális motiváció különül el az egész mintában.

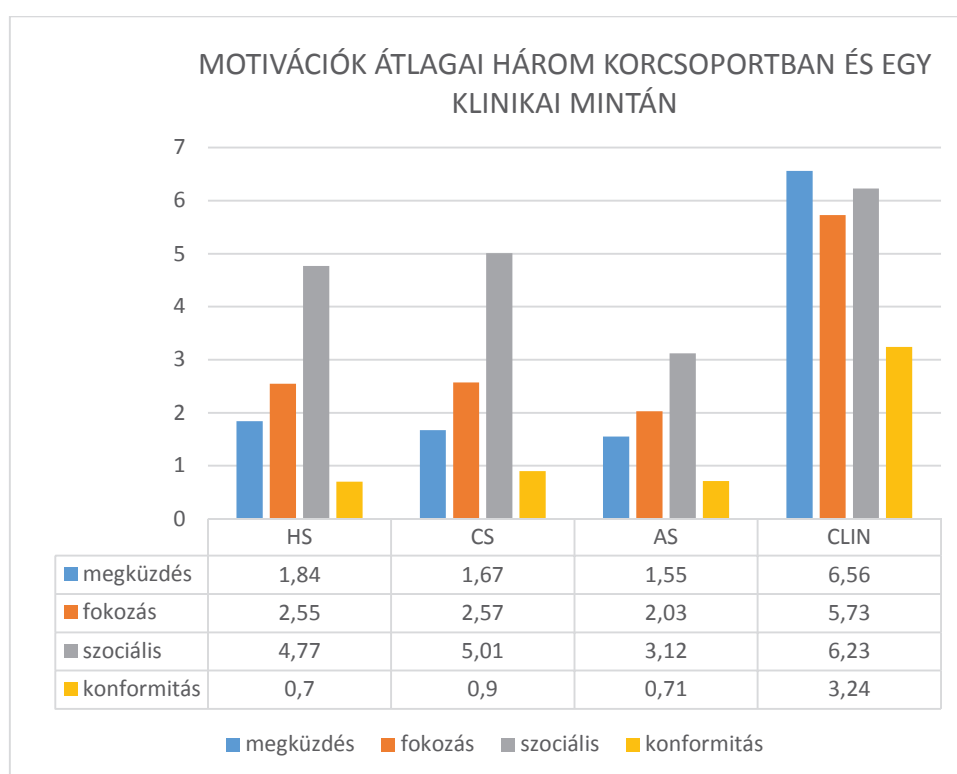
	HS	CS	AS	CLIN
<b>megküzdés</b>	0,830	0,825	0,857	0,830
<b>fokozás</b>	0,728	<b>0,687</b>	0,702	<b>0,636</b>
<b>szociális</b>	0,870	0,850	0,867	0,826
<b>konformitás</b>	0,716	0,708	0,782	0,824

6. táblázat: A DMQ-R-SF kérdőív megbízhatósági (Cronbach- $\alpha$ ) mutató, skála átlagok és szórások négy mintában

A skálák belső konzisztencia értékeit (Cronbach- $\alpha$ ) a 6.táblázat mutatja. Látható, hogy a kérdőív skáláinak megbízhatósága, két kivétellel az összes mintában megfelelőnek bizonyult. A két alacsonyabb érték, bár csak kis mértékben marad el az elfogadott határértéktől, mindkét esetben a fokozásos skálához kötődik, az egyetemista ( $\alpha_{fokozás}=0,687$ ) és a klinikai populációban ( $\alpha_{fokozás}=0,636$ ).

### 7.1.3.3 A csoportok és nemek közötti különbségek

A skála átlagokat vizsgálva, azt tapasztaljuk, hogy az összes skálát tekintve, az átlagok a klinikai mintában a legmagasabbak, és a felnőtt mintában a legalacsonyabbak. A motivációk sorrendje a három korcsoport mintájában megtartott: a legmagasabb átlaggal a szociális motiváció rendelkezik, ezt követi a fokozás, majd a megküzdés és a konformitás. Kivételt jelent megint a klinikai populáció, ahol az első helyen a megküzdéses motiváció szerepel, majd ezt követi a szociális, fokozás és konformitás. Az csoportok skálaátlagainak összefoglaló grafikonja az 1. ábrán látható, a skálakon a minimum 0, az elérhető maximum pedig 12 pont.



1. ábra: Alkoholfogyasztási motivációk átlagai három korcsoportban és egy klinikai mintán

A csoportátlagok közötti eltérést 4 (csoport hovatartozás) x 4 (motiváció) vegyes modellű ANOVA-val teszteltem 5%-os hibaszinten. Mivel a vizsgált csoportok nagymértékben eltérő létszámúak, és a varianciák azonosságának tesztelésére alkalmazott Levene próba szerint ( $p < 0,001$ ) a varianciák között szignifikáns különbség van, ezért a Games-Howell post hoc próbát alkalmaztam. A post hoc próba szerint, mely próba páronkénti összehasonlítást végez, négy eset kivételével, a csoportok között, a motivációk tekintetében szignifikáns ( $p = 0,05$ ) különbségek vannak. Mindhárom nem szignifikáns esetben a középiskolás, az egyetemista, és a felnőtt populáció érintett, a klinikai minta mind a négy motiváció tekintetében

szignifikánsan eltér a többitől. A négy nem szignifikáns eset az alábbiak: megküzdés motivációja tekintetében  $\Delta_{CS-AS} = 0,124$  ( $p=0,095$ ), fokozás esetében:  $\Delta_{CS-HS} = 0,026$  ( $p=0,984$ ), szociális esetében:  $\Delta_{CS-HS} = 0,235$  ( $p=0,092$ ), valamint a konformitás tekintetében:  $\Delta_{HS-AS} = -0,18$  ( $p=0,066$ ).

#### 7.1.3.4 Nemek közötti különbségek

A motivációs skálakon elért pontszámok nemek közötti különbségét a klinikai mintán a férfiak magas aránya (87,9%) miatt nem volt értelme ellenőrizni, hiszen az eredmények nagymértékben torzítottak volna. A három korcsoport esetében független mintás t-próbát alkalmaztam 5%-os hibaszinten, hogy megvizsgáljam vajon a nemek között az alkoholfogyasztási motivációk tekintetében vannak-e szignifikáns eltérések. Az eredményeket az 7.táblázat szemlélteti. A három korcsoportban minden motiváció tekintetében a férfiak szignifikánsan magasabb átlagpontszámot érnek el, mint a nők. Két kivételt tapasztaltam: az egyetemisták ( $t=-1,29$ ;  $df=2266$ ; n.sz.) és a középiskolások ( $t=-1,49$ ;  $df=2911$ ; n.sz.) csoportjában, ahol a megküzdés motivációját mérő skálán a nők értek el magasabb pontszámot, ugyanakkor ezek a különbségek nem voltak szignifikánsak.

		Total	Férfi	Nő	t	p
HS	megküzdés	1,84 (2,38)	1,78 (2,41)	1,89 (2,36)	-1,29	n.sz
	fokozás	2,55 (2,62)	2,83 (2,78)	2,32 (2,45)	5,29	<0,001
	szociális	4,78 (3,34)	5,20 (3,43)	4,44 (3,22)	6,13	<0,001
	konformitás	0,70 (1,51)	0,89 (1,74)	0,54 (1,27)	6,35	<0,001
CS	megküzdés	1,67 (2,21)	1,62 (2,16)	1,76 (2,26)	-1,49	n.sz
	fokozás	2,57 (2,48)	2,71 (2,53)	2,38 (2,38)	3,04	0,002
	szociális	5,01 (3,21)	5,16 (3,18)	4,79 (3,25)	2,63	0,008
	konformitás	0,93 (1,58)	1,04 (1,71)	0,74 (1,35)	4,53	<0,001
AS	megküzdés	1,55 (2,14)	1,64 (2,17)	1,43 (2,10)	1,37	n.sz
	fokozás	2,03 (2,27)	2,33 (2,43)	1,57 (1,95)	4,32	<0,001
	szociális	3,12 (2,94)	3,51 (3,03)	2,53 (2,70)	4,28	<0,001
	konformitás	0,71 (1,54)	0,84 (1,73)	0,53 (1,16)	2,57	0,01

7. táblázat: Alkoholfogyasztási motivációk átlagbeli különbségei a két nemet illetően, három korcsoportban

#### 7.1.4 Diszkusszió

A kutatás újdonsága, hogy a hazai mintán, kutatócsoportunk által eddig csak középiskolás, egyetemista mintán, valamint egy rekreációs szintéren validált kérdőív (Németh és mtsai, 2012) új vizsgálati mintákkal (felnőttek és klinikai minta) bővülve tudta vizsgálni a mérőeszköz pszichometriai tulajdonságait. A kapott eredmények alátámasztották saját valamint egy svájci (Kuntsche és mtsai, 2009) és egy olasz (Mazzardis és mtsai, 2010) mintán végzett validálás eredményeit, miszerint a rövid kérdőív jobb illeszkedési mutatókkal rendelkezik, és ezek az eredményeket eddig nem vizsgált, speciális, felnőtt és klinikai

populációkra is ki tudtuk terjeszteni. A DMQ-R-SF kérdőív szigorított modellek illeszkedési mutatói az eredeti modellel ugyan eltérést mutattak, de elfogadható tartományon belül voltak, tehát azt a következtetést vonhatjuk le, hogy nem és kor tekintetében szignifikáns eltérés van a motivációk tekintetében, ugyanakkor mind a négy mintánál a faktorstruktúra megtartott, tehát a DMQ-R-SF jó működik. Németh és mtsai (2012) hasonló eredményre jutott fiatalokkal végzett kutatása során.

Mindhárom vizsgált mintára igaz, hogy a férfiak majdnem minden motiváció tekintetében szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el, ami egybevág Cooper korai vizsgálati eredményeivel (Cooper, 2009). Az eredmény összefügghet azzal, hogy a férfi nem esetében az alkoholfogyasztási problémák prevalenciája is magasabb (Amderson és mtsai, 2006). Ezzel szemben a nők mindhárom vizsgálat populációkban, bár csak tendencia szinten, de magasabb pontszámot érnek el a megküzdés skáláján, amely motiváció viszont, a korábbi kutatások szerint leginkább függ össze az alkoholfogyasztási problémákkal (pl.: Cooper, 1992). Kutatások arról számolnak be, hogy negatív megerősítéssel bíró motivációknál, különösen a megküzdés esetében, a kor előrehaladtával változás figyelhető meg. Míg a 13-15 éves korosztályban a lányok, 18-19 éves korosztályban a fiúk értek el magasabb átlagértéket (Cooper, 1994), addig a 18-21 éves egyetemisták között a fiúk és a lányok értékei között már nem volt szignifikáns összefüggés (Nagoshi és mtsai, 1994; Stewart és mtsai, 2001), ugyanakkor a 23 éves egyetemistáknál megint a fiúk értékei lettek szignifikánsan magasabbak (Gire, 2002). Egyesek szerint (pl. Stewart és mtsai, 1996) az úgynevezett *konvergencia hipotézis* nem csak a megküzdéses motivációra igaz, miszerint egyetemista korosztályban még szignifikánsan tapasztalhatóak a nemi különbségek a motivációs átlagértékek között, de később ez a különbség elhalványul.

Az alkoholfogyasztási motivációk átlagértékeinek rangsora a nemzetközi vizsgálatok eredményeihez (Kuntsche és mtsai, 2009) hasonlóan alakult, és a motivációk rangsora megtartott a három korcsoportban: szociális → fokozás → megküzdés → konformitás. Csupán a klinikai populációban tér el ez a sorrend, mivel esetükben a megküzdés kerül első helyre.

Eredményeink szerint, a klinikai populáció sok tekintetben eltérően működik a normál populációtól, pl. itt a legmagasabbak az átlagok. Ráadásul, az átlagértékeket tekintve, a klinikai mintában a megküzdés és fokozás értéke magas, ugyanakkor az interfaktor korrelációs értékeket tekintve pedig a megküzdés és szociális motivációk mutattak egymással

erős együttjárást. Érdeemes lenne klinikai mintán is foglalkozni a nemek közötti különbségekkel, mely kritikai szempontként említhető kutatásunkkal kapcsolatban.

A fokozásos skála belső megbízhatósága az egyetemista és a klinikai mintán kismértékben sérül, ami feltehetőleg egy tétel („... mert jó buli alkoholt inni”) alacsony faktortöltésének köszönhető, valamint a két másik minta esetében is alacsony Cronbach- $\alpha$  értékeket eredményezett. Ezek az eredmények egybeesnek a korábbi vizsgálatunk (Németh és mtsai, 2012) konklúziójával, ahol ugyanennek a tételnek alacsony faktortöltését tapasztaltuk egyetemista mintán. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy az idősebb populációban ez a tétel nehezen értelmezhető, vagy félrevezető lehet. Jövőbeli kutatások célkitűzése lehet egy olyan univerzális kérdőív kidolgozása, mely minden korosztály számára világosan megfogalmazott tételeket tartalmaz és az alkoholproblémák súlyosságától függetlenül alkalmazható a motivációk mérésére.

Összességében elmondható, hogy a kutatás rávilágított a motivációs modell négyfaktoros struktúrájának stabilitására, a DMQ-R hosszú kérdőív gyengeségeire, és arra, hogy a DMQ-R-SF rövid kérdőív viszont jó pszichometriai adottságokkal rendelkezik, több korosztályban és súlyos problémákkal küzdő, klinikai populáció esetében is jól működő, gyors felvételt biztosító mérőeszköz lehet.

## **7.2 MOTIVÁCIÓK BEJÓSLÓ EREJE A NAGYIVÁSRA NÉGY KÜLÖNBÖZŐ MINTÁN**

### **7.2.1 Célkitűzés**

Az előző vizsgálatot kiegészítve, némiképp logikailag folytatva azt, a második vizsgálatunk során arra voltunk kíváncsiak, hogy a motivációk sokat vizsgálat bejósoló ereje az alkoholfogyasztási indikátorokra és a problémás alkoholfogyasztásra vajon milyen mértékben tér el a négy vizsgált mintában. Ezáltal a bejósoló erőben mutatkozó különbségek nem csak a fiatalabb és idősebb mintában, de a problémás és nem problémás minta esetében is értelmezhetővé válhatnak.

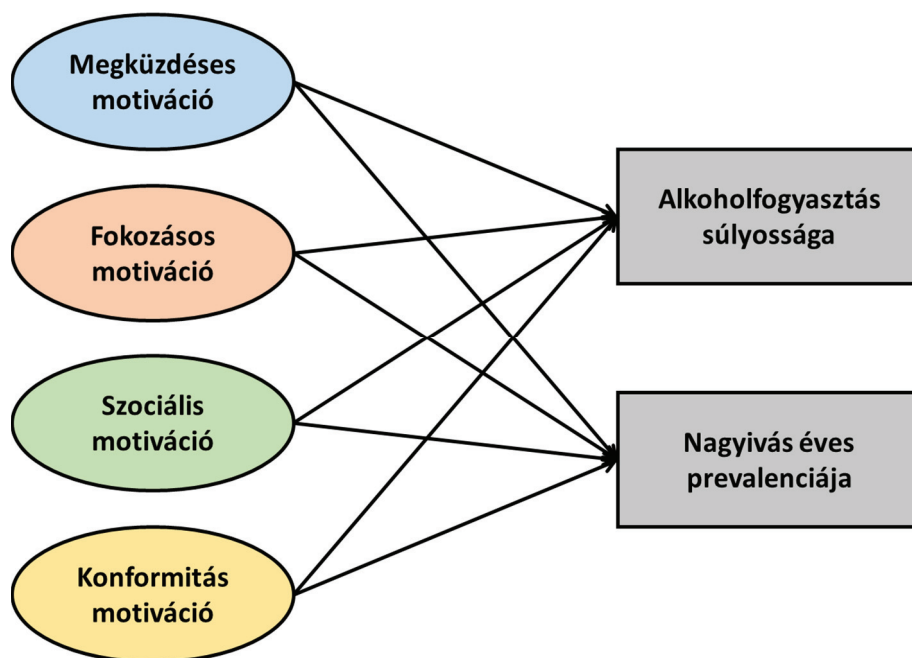
### **7.2.2 Módszer**

#### **7.2.2.1 Minta és mérőeszközök**

A minta és mérőeszközök ebben a vizsgálatban megegyeznek az első vizsgálatban bemutatottakkal (7.1.2.5. fejezet).

#### **7.2.2.2 Statisztikai eljárás**

Először korrelációs elemzést végeztem, annak érdekében, hogy beazonosítsam a problémás alkoholfogyasztás és nagyivás, valamint a motivációk közötti szignifikáns kapcsolatokat. Ezután strukturális egyenlet modell (SEM) elemzését, azon belül többváltozós lineáris regresszió analízist hajtottam végre a különböző motivációk és az alkoholfogyasztást mérő változók között. Az elemzés során a különböző motivációkat látens változóként (melyek közötti korreláció megengedett volt), és az alkoholfogyasztási indikátorokat pedig függő változóként kezeltem. A modell során feltételezett kapcsolatokat a 2. ábra mutatja be. A nem és a kor hatását kontrolláltam az elemzések során. A modell illeszkedésének elemzésekor számos mutató (CFI, TLI, RMSEA, NNFI, SRMR) hatását vettem figyelembe. Ezek ismertetése a korábbi kutatás módszertani (7.1.2.6. fejezetében) már megtörtént. A SEM modellezést MPlus 6.1 (Muthén és Muthén, 2007) programmal, a leíró statisztikai elemzéseket és a korrelációs számításokat SPSS 17.0 programcsomaggal végeztem.



2. ábra: Alkoholfogyasztási motivációk hatása az alkohollal összefüggő problémákkal – hipotetikus modell

### 7.2.3 Eredmények

#### 7.2.3.1 Korrelációs elemzés

A korrelációs elemzés során a korcsoportok és problémás alkoholfogyasztás terén a motivációk tekintetében nagyfokú eltérések mutatkoztak. A 8. táblázatból láthatjuk, hogy a problémás alkoholfogyasztás mértéke fiataloknál leginkább a fokozással ( $r_{HS}=0,534$ ;  $r_{CS}=0,491$ ;  $p<0,001$ ) és a szociális motivációval ( $r_{HS}=0,491$ ;  $r_{CS}=0,458$ ;  $p<0,001$ ), míg idősebbeknél mindhárom motivációval mutatott erős pozitív összefüggést. A klinikai csoport esetében a probléma mértéke leginkább a megküzdéses motivációval mutatott pozitív ( $r_{CLIN}=0,349$ ;  $p<0,001$ ), a szociális motivációval negatív ( $r_{CLIN}=-0,216$ ;  $p<0,001$ ) összefüggést.

A nagyivás tekintetében érdekes eredmény, hogy míg a nagyivás mértéke a normál populációs korcsoportokban minden esetben és hasonló mértékben a fokozásos és szociális motivációkkal mutatott erős, pozitív, szignifikáns összefüggést, addig a klinikai populációban csak a fokozással ( $r_{CLIN}=0,330$ ;  $p<0,001$ ) mutatott összefüggést.



	<b>megküzdés</b>	<b>fokozás</b>	<b>szociális</b>	<b>konformitás</b>
<b>AUDIT szűrőteszt (összesített pontszám)</b>				
<b>HS</b>	0,437	<b>0,534</b>	<b>0,515</b>	0,274
<b>CS</b>	0,388	<b>0,491</b>	<b>0,458</b>	0,331
<b>AS</b>	<b>0,516</b>	<b>0,533</b>	<b>0,446</b>	<b>0,418</b>
<b>CLINS</b>	<b>0,349</b>	n.sz.	-0,216	n.sz.
<b>nagyivás (éves prevalencia)</b>				
<b>HS</b>	0,334	<b>0,437</b>	<b>0,461</b>	0,153
<b>CS</b>	0,271	<b>0,424</b>	<b>0,463</b>	0,208
<b>AS</b>	0,365	<b>0,463</b>	<b>0,428</b>	0,296
<b>CLINS</b>	0,141	<b>0,330</b>	n.sz.	n.sz.

8. táblázat: Korrelációs értékek az alkoholfogyasztási motivációk és az alkoholfogyasztást mérő változók között, négy mintán (A feltüntetett értékek minden esetben szignifikánsak,  $p < 0,001$ )

### 7.2.3.2 Többszörös regressziós elemzés

A modell illeszkedési mutatói megfelelőek voltak ( $\chi^2_{HS}=294$ ;  $\chi^2_{CS}=263$ ;  $\chi^2_{AS}=123$ ;  $\chi^2_{CLIN}=47$ ;  $df=247$ ;  $CFI=0,887$ ;  $TLI=0,875$ ;  $RMSEA=0,089$  [0,085 – 0,092];  $SRMR=0,063$ ). Eredményeim szerint a alkoholfogyasztás problémásságát fiatalabb korban a fokozásos ( $\beta_{HS}=0,254$ ;  $\beta_{CS}=0,255$ ;  $p < 0,001$ ) és a szociális ( $\beta_{HS}=0,255$ ;  $\beta_{CS}=0,213$ ;  $p < 0,001$ ) motivációk együttesen és hasonló mértékben határozzák meg, a kor előrehaladtával pedig a megküzdéses motiváció bejósoló ereje ( $\beta_{AS}=0,261$ ;  $p < 0,001$ ) válik meghatározóvá. A klinikai populációban, ahol a problémás alkoholfogyasztás mértéke vitathatatlanul nagyon magas, a megküzdéses motiváció bejósoló ereje is a legmagasabb az egész vizsgálati mintában ( $\beta_{CLIN}=0,516$ ;  $p < 0,001$ ). Érdekes eredmény, miszerint a fokozásos motiváció problémás alkoholhasználatra történő bejósoló ereje a felnőtteknél is megjelenik ( $\beta_{AS}=0,219$ ;  $p < 0,001$ ), ugyanakkor a klinikai populációban teljesen eltűnni látszik és egyáltalán nem jósolja be a fogyasztás problémásságát. Mindeközben a nagyivásra ugyanakkor hatással van a fokozásos motiváció a klinikai mintában ( $\beta_{CLIN}=0,272$ ;  $p < 0,001$ ), és a felnőttek populációjában is meghatározó ( $\beta_{AS}=0,243$ ;  $p < 0,001$ ). A fiatalok esetében a nagyivást a leginkább a szociális motiváció jósolta be ( $\beta_{HS}=0,295$ ;  $\beta_{CS}=0,325$ ;  $p < 0,001$ ). A részletes eredményeket a 9.táblázat mutatja be.

	<b>megküzdés</b>	<b>fokozás</b>	<b>szociális</b>	<b>konformitás</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>AUDIT szűrőteszt (összesített pontszám)</b>					
<b>HS</b>	0,181***	<b>0,254***</b>	<b>0,255***</b>	0,017 <sup>n.sz.</sup>	35,1%
<b>CS</b>	0,161***	<b>0,232***</b>	<b>0,213***</b>	0,094***	30,4%
<b>AS</b>	<b>0,261***</b>	<b>0,219***</b>	0,155***	0,109 <sup>n.sz.</sup>	36,5%
<b>CLINS</b>	<b>0,516***</b>	0,033 <sup>n.sz.</sup>	-0,321***	-0,210*	26,8%
<b>nagyivás (éves prevalencia)</b>					
<b>HS</b>	0,122***	0,201***	<b>0,295***</b>	-0,074***	25,3%
<b>CS</b>	0,067***	0,185***	<b>0,325***</b>	-0,018 <sup>n.sz.</sup>	24,3%
<b>AS</b>	0,114*	<b>0,243***</b>	0,207***	0,024 <sup>n.sz.</sup>	22,9%
<b>CLINS</b>	0,100 <sup>n.sz.</sup>	<b>0,272***</b>	-0,28***	-0,043**	10,2%

9. táblázat: Többszörös lineáris regressziós elemzés eredményei az alkoholfogyasztási motivációk és az alkoholfogyasztást mérő változók között, négy mintán (\*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ )

#### 7.2.4 Diskusszió

A vizsgálat célja a már korábban sokat kutatott alkoholfogyasztási motivációk bejósoló erejének feltérképezése volt a problémás alkoholhasználat és a nagyivás tekintetében három különböző korcsoportban és egy klinikai mintán. Kérdésfeltevésünk az volt, hogy vajon a motivációk bejósoló ereje korrall, vagy a problémásság súlyossága szerint változik-e.

Eredményeink szerint a *nagyivás* háttérében álló motivációk erőteljesen változnak a kor előrehaladtával: középiskolások és egyetemisták esetében a szociális, felnőttek és a klinikai minta esetében a fokozás motiváció jósolja be leginkább a nagyivás mértékét. Tehát a *nagyivás* tekintetében egy fejlődési útvonalat látunk: fiatalabbaknál a szociális motiváció jelentősége a fogyasztás társas jellegét hangsúlyozza, idősebbeknél és problémásoknál hasonló mértékben a fokozás jelentősége a társas kontextus mellett, az internális okokra hívja fel a figyelmet. Az internális okok már a saját, belső indíttatást, és kevésbé egy társas hatás meglétét tükrözik, tehát úgy tűnik, hogy amennyiben a fokozásos ivók negatív hangulattal teli időszakot élnek meg, inkább a társas helyzeteket keresik, ahol alkoholfogyasztásukat növelhetik (Armeli és mtsai, 2010).

A SEM vizsgálat eredményei a *problémás alkoholfogyasztást* bejósoló tényezőkről a korrelációs vizsgálatnál árnyaltabb képet mutatnak, és motivációk itt is hasonló átmenetet írnak le a problémásság íve szerint, akár csak a nagyivásnál láthattuk. A középiskolások és egyetemisták esetében a fokozásos és szociális, felnőttek esetében a fokozás és a megküzdés, míg a klinikai minta esetében kizárólag a megküzdés jósolja be legjobban a problémás alkoholfogyasztás súlyosságát. Mivel a problémás alkoholfogyasztást mérő kérdőívünk tartalmazta a nagyivással foglalkozó kérdést is, ezért arra a következtetésre juthatunk, a

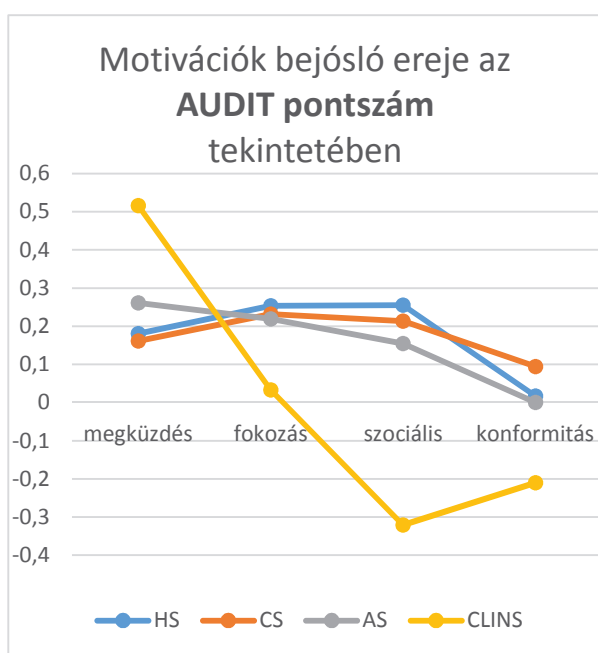
fokozásos ivás leginkább az idősebbek esetében, míg a szociális motiváció leginkább a fiatalok esetében, hozható összefüggésbe a nagyívással. A fennmaradó motivációk magyarázó erejét vizsgálva azt találhatjuk, hogy a fiatalok esetében összességében a problémásság a fokozásos, idősebbek esetében a megküzdéses motivációhoz kapcsolható. Az eredmény arra utal, hogy a fiatalabb korosztályban a problémát leginkább az impulzív, időszakos ivászat, míg a kor előrehaladtával inkább a lelki fájdalmak enyhítése érdekében történő ivás okozza a legtöbb problémát.

Ha a problémás alkoholfogyasztás fejlődési folyamatát tekintjük át, arra juthatunk, hogy eleinte mozgatórugók egyaránt lehetnek internális és externális eredetűek, de a problémássággal és a kor előrehaladtával a háttérben álló motiváció specifikálódik, internalizálódik és végül már csak a megküzdéses motiváció jellemzi. A motivációk differenciáltságának fejlődését már a korai kutatások is kimutatták (Cooper, 1992).

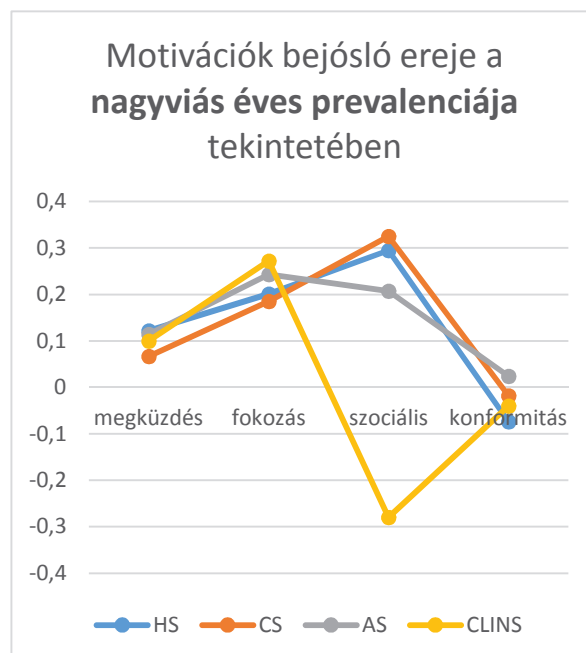
Korábbi, (Schelleman-Offermans, Kuntsche és Knibbe, 2011) holland serdülőkön végzett longitudinális kutatás eredményei is alátámasztják a fokozásos és szociális motivációk hosszútávú bejósoló erejét a fogyasztás mennyisége és gyakorisága szempontjából. Emellett más, hasonló hosszmetzeti kutatásoknak (Read és mtsai, 2003; Armeli és mtsai, 2010) sem sikerült alátámasztania a korábbi koncepciót (Cooper, 1994), miszerint a szociális motivációk a visszafogott alkoholfogyasztás, a megküzdéses motiváció pedig az alkoholfogyasztási problémák legjobb prediktorai. Több korcsoportot felölelő kutatásunk eredményeit áttekintve, inkább arról lehet szó, hogy a különböző korosztályokban nem csak a motiváció a bejósoló ereje, de a problémásságot bejósoló motiváció típusa is eltérő lehet. Korábbi eredmények is alátámasztják, miszerint a serdülőkort inkább a szociális és konformitás motivációi jellemzik, addig a későbbiek során ezek fokozatosan háttérbe szorulnak és átalakulnak, majd a fokozásos és a megküzdéses motivációk válnak dominánssá (Schelleman-Offermans, 2011). Kutatásom eredményei ezt a folyamatot kiegészítik a problémásság bejósolása szempontjából, hiszen végül, ha a klinikai mintát vesszük figyelembe, mely idősebb és problémásabb személyeket ölel fel, láthatjuk a megküzdéses motiváció stabil bejósoló erejét. Úgy tűnik tehát, hogy az idő elteltével eltolódás észlelhető az externális motivációktól az internális motivációk irányába (Schelleman-Offermans és mtsai, 2011), nem csak a gyakoriságot, de a problémás fogyasztás bejósoló erejét tekintve is.

Kutatásunk újdonsága, hogy a négyfaktoros elméletet klinikai populáción is teszteli. Az eredmények arra utalnak, hogy a súlyosan problémás alkoholfogyasztók már nem a pozitív állapotok fenntartása, hanem a negatív érzelmek leküzdése érdekében fogyasztanak nagy

menyiségben alkoholt, amit mind a regressziós, mind a korrelációs eredmények alátámasztanak. A fenti, bejósoló erővel kapcsolatos eredményeket a 3. és 4. ábra foglalja össze, melyből kitűnik, hogy a három korcsoport nagyjából együtt mozog, ugyanakkor a klinikai populációban két típus látszik elkülönülni: (1) a feltehetőleg depresszív és/vagy szorongásos tünetekkel jellemezhető alkoholbetegek, akik esetében a megküzdés motivációja dominál, és a fogyasztásra többnyire a magányos helyzeteket preferálva, leginkább azért isznak, hogy enyhítsenek pszichés problémáikon, valamint (2) a problémás nagyivók, akiknél a háttérben a fokozás motiváció áll, és negatív érzelmi állapotok bekövetkezése esetén, a feszültség levezetése érdekében, a társas helyzeteket keresik. Ez az eredmény egybecseng a problémás alkoholfogyasztók korai, klasszikus tipológiájával, miszerint az alkoholizmusnak van rendszeres, absztinenciára képtelen (delta) és epizodikus, kontrollvesztéssel jellemezhető (gamma és epsilon) altípusa (Jellinek, 1960).



3. ábra: Az alkoholfogyasztási motivációk bejósoló ereje az AUDIT pontszám tekintetében négy minán



4. ábra: Az alkoholfogyasztási motivációk bejósoló ereje a nagyvías tekintetében négy mintán

## 7.3 MOTIVÁCIÓS PROFILOK NÉGY MINTÁN

### 7.3.1 Célkitűzés

Fenti eredményekből láthatjuk, hogy a négy mintán belül különbség van a motivációk átlagainak rangsorában, a kor, nem és alkoholfogyasztási problémák szerint, valamint a problémákat bejósoló motivációk szempontjából is különbség tapasztalható. Felmerül a kérdés, hogy vajon vannak-e átfedések a különböző motivációk között és léteznek-e esetleg olyan motivációs kombinációk, melyek együttjárása jobban lefed egy adott mintán belüli csoportot. A témával foglalkozó kutatók egyet értenek abban, hogy az alkoholt fogyasztó személyeket valószínűleg nem lehet kizárólag csak az egyik vagy másik motivációs típusba sorolni (pl.: Kuntsche és mtsai, 2006), ezáltal lehetséges, hogy léteznek bizonyos motivációk stabil kombinációi, melyek vagy jobban jellemzőek egy adott korcsoportra, nemre, vagy inkább összefüggenek az alkoholproblémákkal, mint más kombinációk. Annak érdekében, hogy a teljes minta különböző alkoholfogyasztási motivációinak rejtett kombinációt, mintázatait azonosítani tudjuk, a következő vizsgálat célkitűzése szerint látens profilelemzést hajtottam végre.

### 7.3.2 Módszer

#### 7.3.2.1 Minta

A minta megegyezik az első vizsgálatban bemutatottakkal. A négy csoport (HS, CS, AS, CLIN) adatai ebben a vizsgálatban együttesen kerültek elemzésre. Összességében tehát 6000 fő adatát elemeztem, melynek 53%-a férfi (3178 fő), és 47%-a nő (2822 fő), átlag életkoruk 23,32 (SD 9,05; tartomány: 16-66). Alkoholfogyasztásukat tekintve 30,0%-uk (1816 fő) számít problémás alkoholfogyasztónak (az AUDIT kérdőív cut-off point rendszere alapján). 30,5 %-ukat (1833 fő) jellemez nagyívás az elmúlt egy évben, legalább havi gyakorisággal, 9%-ukat (557 fő) pedig legalább heti gyakorisággal.

#### 7.3.2.2 MÉRŐESZKÖZÖK

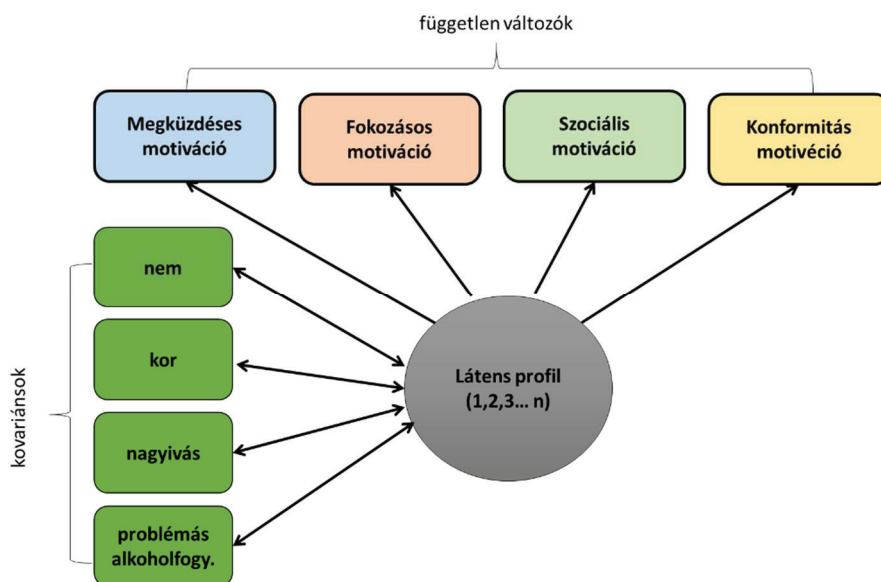
A kutatásban alkalmazott mérőeszközök megegyeznek a korábban bemutatottakkal (7.1.2.5.fejezet).

#### 7.3.2.3 Statisztikai elemzés

A leíró statisztikai elemzéseket követően látens profilelemzést végeztem, mely a klaszteranalízis egy fajtája, de ebben az esetben azért hatékonyabb a K-központú klaszterezésnél, mivel nem követeli meg az átlagok és varianciák egyenlőségét a klasztereken és csoportokon belül (Muthén, 2001). A négy különböző motiváció ez esetben független

változó, mely a látens profilt meghatározza. Négy további kovariánst kapcsoltam a modellhez, melyek bejósolhatják a látens profilok változásait, ezáltal többet megtudhatunk a látens profilok jellegéről. A statisztikai összefüggéseket az 5. ábra szemléltet. A látens profil modellezés illeszkedési mutatói a BIC (Bayesian Information Criteria), AIC (Akaike Information Criteria), a Lo-Mendell-Rubin teszt és kategoriális változók esetében a reziduálisok elemzésében merül ki. A modell használhatóságát az entrópia mutatója, és profilok klasszifikációs táblázata, valamint az egyéni interpretáció segítheti (Hagenaars és McCutcheon, 2002). A profilok utólagos elemzését az egyutas ANOVA segítségével végeztem el.

A látens profilelemzést MPlus 6.1 (Muthén és Muthén, 2007) programmal, a leíró statisztikai elemzéseket és a variancia analízist SPSS 17.0 programcsomaggal végeztem.



5. ábra: A motivációk látens profilelemzésének hipotetikus modellje

### 7.3.3 Eredmények

#### 7.3.3.1 Látens profilelemzés

Céлом tehát az volt, hogy megnézzem milyen profilokba rendeződnek az összesített mintában a személyek az alkoholfogyasztási motivációik szempontjából. Szisztematikus, lépésenkénti elemzéssel közelítettem meg a kérdést. Minimum két csoport megjelenését vártam el, ezért a számításokat 2 profinnál kezdtem el. 5 profil esetében az illeszkedési mutatók már nem voltak megfelelőek, így csupán eddig növeltem a profilok számát. Az elemzés célja, hogy megtaláljuk azon maximális számú profilt, amelyek esetében a Lo-Mendell-Rubin teszt még

szignifikáns. Az 5 profilos megoldásnál a Lo-Mendell-Rubin teszt már nem volt szignifikáns ( $p=0,054$ ), ezért az elemzés eredményeként a 4 látens profilt azonosítottam (10. táblázat).

	AIC	BIC	SSABIC	entrópia	L-M-R	p
2	103755,82	103842,92	103801,61	0,867	6574,24	<0,001
3	98610,85	98785,03	98702,41	0,867	3703,6	<0,001
4	<b>97166,15</b>	<b>97373,83</b>	<b>97275,32</b>	<b>0,824</b>	<b>1550,26</b>	<b>&lt;0,001</b>
5	95758,26	95999,45	95885,05	0,842	1410,13	0,054

10. táblázat: A motivációkon végrehajtott látens profilelemzés illeszkedési mutató különböző számú profilok esetében

Fontos megvizsgálnunk, hogy a kapott profilok mennyire különülnek el egymástól. A klasszifikációs táblázat az adott látens profilba tartozás átlagos valószínűségét mutatja be, tehát azt, hogy mennyire valószínű, hogy valaki az adott látens profilba tartozik, és a többibe pedig nem. Az ezzel kapcsolatos összefüggéseket a 11. táblázat szemlélteti, mely a négyprofilos modell klasszifikációs táblázata, ahol az oszlopok a profilokat, a sorok pedig az adott profilba tartozás átlagos valószínűségét mutatják. Az adatokból látszik, hogy a profilok tökéletesen elkülönülnek egymástól és átfedéseket egyik profil esetében sem tapasztalhatunk. A legkonzisztensebb csoport a 1. és a 4. melyek a többi profiltól és egymástól is rendkívül jól elhatárolhatók.

		Látens profilok			
		1	2	3	4
Profiltagság átlagos valószínűsége	1	<b>0,917</b>	0,083	0,000	0,000
	2	0,089	<b>0,870</b>	0,039	0,002
	3	0,000	0,102	<b>0,885</b>	0,013
	4	0,002	0,019	0,036	<b>0,944</b>

11. táblázat: Látens profilok klasszifikációs táblázata

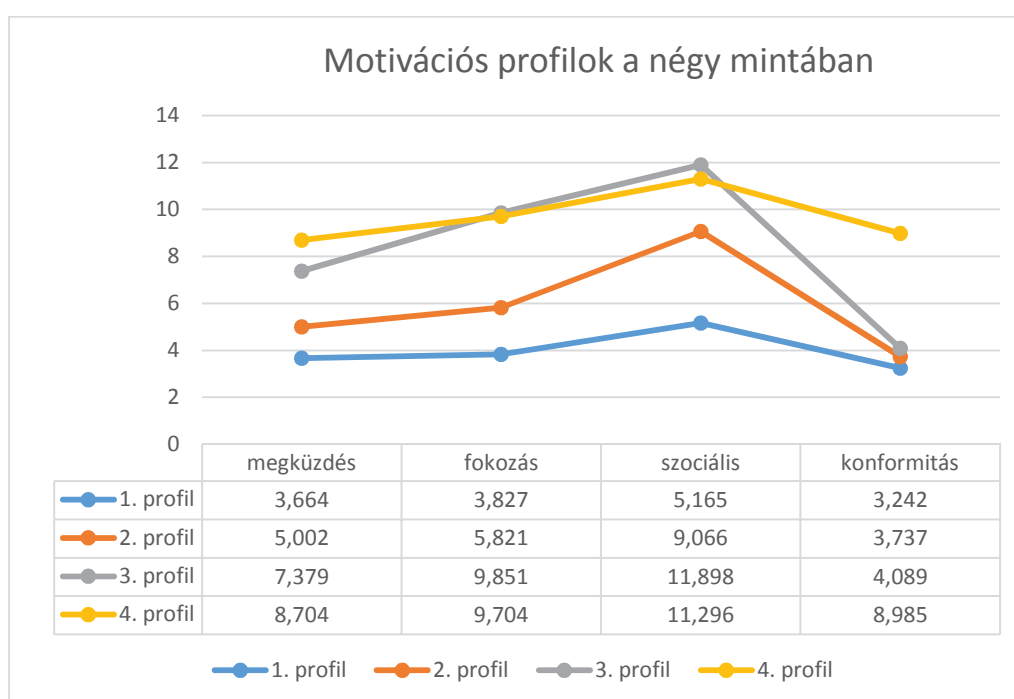
A látens profilokon belüli motivációk átlagainak alakulását, azaz a motivációs profilokat a 6. ábra foglalja össze. A profilok rendeződése a motivációs skálán mutatott egyre magasabb értékek szerint történt. Az első profil, a szociális motivációs skála enyhe emelkedésén kívül (5,16; SD 3,2) az összes skálán alacsony értéket mutat, ide tartozik a minta 60,9%-a (3687 fő), a nők (48,8%) és férfiak (51,2%) aránya a profilon belül kiegyenlített. A második profil a szociális motivációs skála további emelkedése mellett (9,06; SD 3,3), a fokozás (5,82; SD 2,6) és a megküzdés (5,01; SD 2,3) skálán is némi emelkedést mutat az 1. profilhoz képest. Ebbe a profilba a minta 27,7%-a (1665 fő) tartozik, s ebben a profilban a férfiak aránya, az 2. profilhoz képest, kicsivel magasabb (52,7%). A harmadik profil az előzőekhez képest további emelkedést mutat a szociális (11,8; SD 2,6), fokozás (9,85; SD 1,5) és megküzdés (7,37; SD 1,7) skálákon, azonban a konformitás tekintetében az előző két profilhoz képest közel azonos szinten marad. A teljes minta 8,1%-a (491 fő) tartozik ide, a nemi arányok kiegyenlítettek



(58,2% férfi). Az utolsó, 4. profil erős emelkedést mutat az összes motivációs skálán, ugyanakkor csak a megküzdés (8,70; SD 3,5) és konformitás (8,98; SD 2,9) skálákon lépi túl a 3. profil tagjait. A minta 3,11%-a (187 fő) tartozik ebbe a csoportba, és tagjai között sokkal több a férfi (76,5%) mint a nő.

	$\Sigma$ minta	férfi	nő
1. profil	60,9% (3657)	45,4% (1661)	54,6% (1996)
2. profil	27,7% (1665)	64,1% (1067)	35,9% (589)
3. profil	8,1% (491)	57,4% (282)	42,6% (209)
4. profil	3,11% (187)	89,8% (168)	10,2% (19)

12. táblázat: A látens profilok eredeti minták és nemek szerinti megoszlása

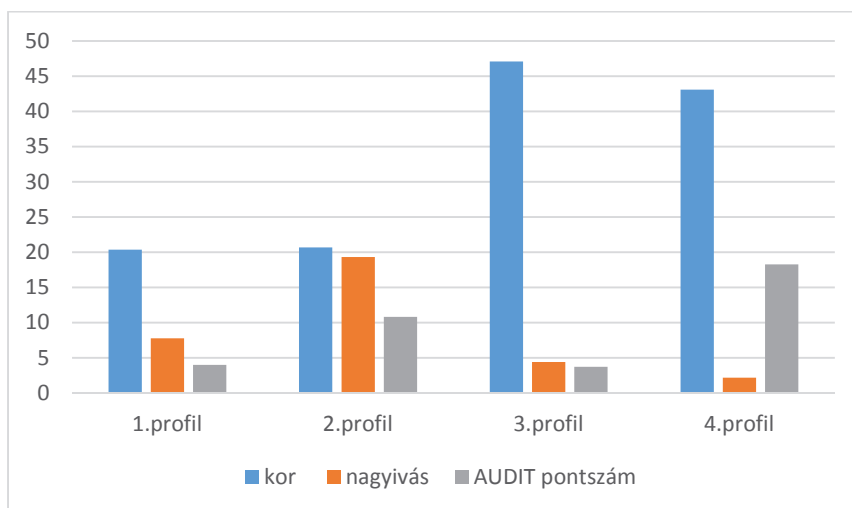


6. ábra: Látens profilok motivációs átlagai a négy mintában

### 7.3.3.2 Profilok összefüggései a vizsgált kovariánsokkal

Ahhoz, hogy a négy profilt jobban megismerjem, megvizsgáltam összefüggéseit a tárgyalt kovariánsokkal (kor, AUDIT kérdőívben elért pontszám, nagyívás éves prevalenciája). A négy látens motivációs profil alkoholproblémáinak és nagyívási gyakoriságának összehasonlításához ANOVA módszert alkalmaztam. A varianciaanalízis mind az alkoholfogyasztási problémák ( $F=173,34$ ;  $df=5996$ ,  $p<0,001$ ), mind a nagyívás ( $F=91,59$ ;  $df=5996$ ;  $p<0,001$ ), mind pedig a kor ( $F=4570,25$ ;  $df=5996$ ;  $p<0,001$ ) tekintetében szignifikáns különbséget mutatott a profilok között. A profilok átlagértékeit a 7. grafikon szemlélteti. Láthatjuk tehát, hogy a profilok két dimenzió mentén két-két csoportba

sorolhatóak: (1) korcsoportok szerint: az 1. és 2. profil a fiatalabbak (20,3 és 20,6 átlag életkorúak), a 3. és 4. profil az idősebbek (47,07 és 43,09 átlag életkorúak) csoportja, valamint (2) az alkoholfogyasztás problémássága szerint: az 1. és 3. profil a nem problémás (átlagos AUDIT pontszám < 8), a 2. és 4. profil pedig a problémás alkoholfogyasztókat (átlagos AUDIT pontszám > 8) foglalja magában. Mindemellett úgy tűnik, hogy a nagyívás inkább a fiatalabbak csoportjára jellemzőbb, azon belül is a 2. csoportot jellemzi legjobban, és az idősebbek csoportjában már nem játszik annyira meghatározó szerepet.



7. ábra: A látens profilok átlagértékei a vizsgálat kovariánsok mentén (kor, nagyívás, problémás alkoholfogyasztás)

A fenti eredmények alapján összességében azt mondhatjuk, hogy az 1. profil az *absztinens és alkalmi fogyasztó fiatalokat*, a 2. profil a *problémás, főleg nagyívással jellemezhető, fiatalokat*, a 3. profil az *absztinens és alkalmi fogyasztó, ugyanakkor alkoholfogyasztásra motivált, idősebbeket*, míg a 4. profil az *idősebb, főleg negatív megerősítésű motivációkkal jellemezhető, problémás alkoholfogyasztókat* foglalja magába.

#### 7.3.4 Diszkusszió

A kutatás célja különböző motivációs profilok azonosítása volt egy korban és súlyosságban vegyes mintán, annak érdekében, hogy megvizsgáljuk a különböző motivációk kombinációit, együttjárását. A kapott profilok leginkább kor, problémásság, és a motivációs struktúra alapján különülnek el egymástól. A legproblémásabb profil a két negatív megerősítésű motivációval működik.

Érdekes eredmény, miszerint a konformitás motivációja csak a legproblémásabb profilban kapott szerepet. Az alkoholfogyasztási motivációk korai modelljében a konformitás motiváció

még nem szerepelt, és egy háromfaktoros modell keretében mérték az alkoholfogyasztási motivációkat (Cooper, 1992). Ugyanakkor több kutató is rávilágított arra, hogy a kortársak nyomása, valamint a társas elutasítástól való félelem szerepet játszhat az alkoholfogyasztásban (Brown és Finn, 1982; Gliksmann, 1983; Johnston és O'Malley, 1986; Windle és Barnes, 1988). Ezek a vizsgálatok azt az eredményt hangsúlyozzák, miszerint a konformitás főleg a fiatalok esetében játszik kitüntetett szerepet, ahol a kortársakhoz való kötődés hangsúlyos, majd a kor előrehaladtával elhalványul. Eredményeim ennek némileg ellentmondani látszanak, mivel a konformitás a legidősebb, legnagyobb átlagéletkorú és legproblémásabb profil jellemzőjeként jelent meg, ugyanakkor jelentőségének csökkenését a kor előrehaladtával több kutatás is igazolta (Stewart és mtsai, 1996; Kuntsche és mtsai, 2006; Grant és mtsai, 2007). Kérdés, hogy ebben az esetben a konformitás motivációja mennyire differenciálható, hiszen egy olyan profilban kapott jelentőséget, melyben az összes többi motiváció is emelkedett, tehát egy általános alkoholfogyasztási hajlandóságot jellemezhet. Emellett a disszertáció korábbi fejezeteinek eredményeiből is láthatjuk, hogy a konformitás motivációját az elemzések során általában a visszafogott, problémamentes fogyasztás jellemzi.

Míg az általános alkoholproblémákkal együttjáró profil a negatív töltetű motivációkkal, addig a nagyivással jellemezhető profilok a pozitív megerősítésű motivációkból építkeztek leginkább, mely profil leginkább a fiatalok sajátja. Pikó (2007) ehhez hasonlóan, már serdülők körében leír két jól elkülöníthető alkoholfogyasztói csoportot: (1) azok, akik társaságban és baráti összejöveteleken a szórakozás kedvéért isznak, valamint (2) a rendszeresen fogyasztók csoportja, akik esetében megjelent a függőség. A profilok, alkoholfogyasztási indikátorokkal történő összevetése után kijelenthetjük, hogy a nagyivás úgy tűnik, hogy idősebb korban már nem jellemző. Eredményeinket alátámasztják a szociológiai kutatások is, melyek szerint az életkor előrehaladtával az alkoholfogyasztás gyakorisága nő, és ennek következtében az évi összes elfogyasztott alkohol mennyisége is, ugyanakkor az utolsó alkalommal történő fogyasztás mennyiségét ismertető adatok arra utalnak, hogy az egy-egy alkalommal elfogyasztott nagy mennyiség inkább a fiatalokra jellemző (Elekes, 2004). Összességében elmondhatjuk tehát, hogy az elfogyasztott mennyiség és a fogyasztás okozta problémák korcsoportonként elkülönülnek egymástól. Bár a fiatalok összességében kevesebb alkoholt fogyasztanak, a ritkább, de nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás náluk is a problémák átlag feletti előfordulását eredményezhetik. Ráadásul egy Szegeden készült kutatás szerint, mely 2001-es és 2008-as adatokat hasonlít össze (Pikó, 2010b) emelkedő tendencia

tapasztható fiataloknál az alkoholfogyasztás területén. Egyrészt csökken azoknak az absztinens fiataloknak a száma, akik egyáltalán nem fogyasztanak alkoholt, másrészt úgy tűnik, hogy az alkoholfogyasztás gyakorisága, és a nagyívás prevalenciája is emelkedik a fiatalok körében.

Eredményeink a későbbi, idősebb korban jellemző alkoholfogyasztási szokásokról is árulkodnak. Míg a motivációk átlagai a kor előrehaladtával emelkednek, ugyanakkor a felnőttek esetében (pl. 3. profil) az alkoholfogyasztásra való motiváltság mértéke nem minden esetben függ össze a problémássággal. Már a legkorábbi kutatások is bizonyítják, hogy az alkoholfogyasztási motivációk korral változnak, differenciálódnak (Cooper, 1992). Míg 5. osztályosoknál csak a szociális motiváció volt mérhető, addig az egy évfolyammal idősebb iskolásoknál már a szociális mellett a megküzdéses motiváció is tetten érhető (Webb és mtsai, 1999). A két fő különbség a felnőtteket jellemző 3. és 4. profil között a problémásság és a motiváció töltése, vagyis a viselkedés megerősítésének iránya. Míg a 3.profilba tartozó, pozitív megerősítésű motivációval rendelkező alkoholfogyasztók szokásai nem érik el a problémás szintet, addig a 4. profilba tartozó fogyasztókat a negatív megerősítésű motivációk jellemzik, tehát azért isznak, hogy elkerüljenek bizonyos negatív kimeneteket, ami úgy tűnik, hogy hosszútávón a függőség kialakulásához vezethet (Cooper, 1992).

	<b>1.profil</b>	<b>2.profil</b>	<b>3.profil</b>	<b>4.profil</b>
	fiatal alkalmi fogyasztók	fiatal problémás fogyasztók	felnőtt alkalmi fogyasztók	felnőtt problémás fogyasztók
<b>kor</b>	20,3	20,6	47,1	43,1
<b>nem</b>	ff/ő	ff/ő	ff/ő	ff
<b>nagyívás</b>	+	++	+	-
<b>AUDIT</b>	-	+	-	++
<b>megküzdés</b>	--	-	+	++
<b>fokozás</b>	--	+	++	+
<b>szociális</b>	-	+	++	+
<b>konformitás</b>	--	--	--	++

13. táblázat: Látens profilelemzés eredményei és kovariánsokkal való összefüggése (-- = egyáltalán nem jellemző, - = nem jellemző, + = jellemző, ++ = nagyon jellemző)

Fontos eredmény, hogy három profil esetében is nemi kiegyenlítettséget tapasztaltunk. Korábbi kutatások alátámasztják azokat az eredményeket, miszerint a két nem alkoholfogyasztási szokásai kezdenek konvergálni egymáshoz (pl. Stewart és mtsai, 1996). A két problémás profilt tekintve azt tapasztaljuk, hogy míg a problémás idősebb alkoholfogyasztók csoportjában (4. profil) férfitúlsúly uralkodik, addig a fiatal problémás

nagyivók csoportjában (2.profil) kiegyenlítették a nemi arányok. Ez némileg ellentmond a korábban tárgyalt, széles körben alátámasztott eredményeknek, miszerint alkoholfogyasztási problémák prevalenciája a férfi nem esetében magasabb (Anderson és mtsai, 2006). Az eredmények felhívják a figyelmet a fiatal nagyivó nőkre. Elekes (2004) például rámutatott a nagyivók egyik alcsoportjára, melyet magasabb iskolai végzettséggel rendelkező, vezető állású, értelmiségi nők alkotnak. Eredményei szerint a szellemi foglalkozású nők között az alkoholfogyasztás gyakorisága és mennyisége egyaránt nagyobb, mint a többi vizsgált foglalkozási csoportban. Tekintve, hogy egyetemista populációt vizsgáltunk, illetve, hogy a felnőtt populáció az egyetemi hallgatók ismeretségi köréből került ki, ez az eredmény alkalmazható lehet az általam vizsgált mintára is.

Összefoglalásképp elmondható, hogy a 4 látens motivációs profil 2 dimenzió mentén (kor, és alkoholfogyasztási probléma megléte), az alábbiak szerint rendeződik: 1: fiatal/nincs probléma, 2: fiatal/van probléma, 3: idős/nincs probléma, 4: idős/van probléma (8. ábra). A kapott profilok jól leképezik az eddigi kutatások során azonosított alkoholfogyasztási típusokat, nem, és korbeli eltérések is nagyon határozottan megjelennek a profilokon keresztül. A kutatás eredményeit érdemes lenne a gyakorlatban, prevenciós vagy intervenciós programok tervezésekor alkalmazni. A profilok segítségével kialakított intervenciós csoportok fókuszáltabban tudnák megközelíteni az adott problémát, ami további előnyöket hozhat, hiszen a személyre szabott, egyéni problémákra fókuszáló intervenciók hatékonysága a többi, általánosabb szemléletű programmal szemben többszörösen igazolt (pl.: Walters, Bennett és Noto, 2000).

ALKOHOLFOGYASZTÁSI PROBLÉMA			
KOR		NINCS PROBLÉMA	VAN PROBLÉMA
	FIATAL	<b>1. profil:</b> megküzdés: ↓↓ fokozás: ↓↓ Szociális: ↓ Konformitás: ↓↓	<b>2. profil:</b> megküzdés: ↓ fokozás: ↓ Szociális: ↑ Konformitás: ↓↓
	IDŐS	<b>3. profil:</b> megküzdés: ↑ fokozás: ↑↑ Szociális: ↑↑ Konformitás: ↓↓	<b>4. profil:</b> megküzdés: ↑↑ fokozás: ↑ Szociális: ↑ Konformitás: ↑↑

8. ábra: Motivációs profilok sajátosságai összegezve

## 8 LONGITUDINÁLIS VIZSGÁLATOK

---

### 8.1 DMQ-R KÉRDŐÍV IDŐBELI STABILITÁS VIZSGÁLATA KÉT KORCSOPORTBAN

#### 8.1.1 Célkitűzés

Mivel kutatássorozatunk során hosszmetzeti vizsgálatokat is terveztünk, ezért fontosnak tartottuk a DMQ-R-SF kérdőív időbeli stabilitásának megvizsgálását is, mely ez ideáig magyar mintán nem történt meg. A vizsgálat azért szükséges, hogy megállapítsuk, hogy a kérdőív skáláinak egy év távlatában is megbízhatóan méri-e az alkoholfogyasztási motivációkat és egyúttal azt is megvizsgáljuk, hogy a két időpontban mért motivációk vajon mutatnak-e fejlődést, eltérést a két csoportban. Az alábbi vizsgálat azért kiemelkedő, mert két olyan populációt vizsgál, melyek éppen egy életszakaszbeli váltáson mennek keresztül, tehát középiskolából feltehetően egyetemre, egyetemről pedig remélhetőleg munkahelyre kerülnek.

#### 8.1.2 Módszer

A longitudinális kutatások mintáját, a korábban bemutatott középiskolás és egyetemista minta résztvevői alkotják, a két adatfelvétel között egy év telt el. A második fordulóban történő részvételre való felkéréseket a kutatás korábbi fordulójában megadott e-mailcímekre küldtük el, és a kérdőíveket online módon lehetett kitölteni. A kérdőív jelszóval védett felületen keresztül volt csak elérhető, így biztosítva volt, hogy a kérdőívhez csak a felkért személyeknek legyen hozzáférése.

##### 8.1.2.1 Minta összetétele

A korábban megkérdezett 2376 egyetemistából és 3070 középiskolásból, 34, illetve 268 fő nem adott meg e-mailes elérhetőséget. A fennmaradó 2342 egyetemistának és 2802 középiskolásnak kiküldött e-mailből 299, illetve 486 levél kiküldése sikertelennek bizonyult, mivel a felhasználó időközben megszüntethette a postafiókot. Összesen tehát 2043 fő egyetemistát és 1193 fő középiskolást tudtunk elérni az általa korábban megadott e-mailes elérhetőségen. Ebből 963 fő egyetemista és 572 fő középiskolás reagált a felkérésünkre. Ez az egyetemisták esetében 47,1%-os középiskolások esetében 47,7%-os megkeresési arány, ami hasonló ahhoz, amit más web-alapú felmérések során tapasztaltak (Kuntsche, von Fischer és Gmel, 2008). Ezek az adatok az internetes oldal látogatottságát tükrözik a begépelt jelszavak alapján.

A válaszadókból, az egyetemisták esetében 77 fő (7,9%), középiskolások esetében 263 fő (45,9%) volt az, aki ugyan ellátogatott az oldalra, elkezdte, de nem fejezte be a kitöltést.

További 62 (6,9%) főt az egyetemisták, és 38 (12,2%) főt a középiskolások esetében azért kellett kiszűrni a mintából, mivel nem fogyasztott alkoholt az elmúlt egy évben.

#### **8.1.2.2 Leíró statisztika – egyetemista minta**

Az egyetemista minta leíró statisztikai adatait a 14. táblázat foglalja össze. A minta összetételét tekintve 445 (52,7%) férfi és 399 (47,3%) nő, az életkoruk 23,8 (szórás 1,4), ami megegyezik az első fordulóban mutatott arányokkal. A minta családi állapotát tekintve lényeges változás nem következett be, az egyedülállók száma némileg csökkent (53,2-ről 50,1%-ra), míg a kapcsolatban élők száma kis mértékben növekedett (45,7-ről 49,1%-ra).

2009-ben 583 fő (69,2%) jelezte a kérdőív kitöltésekor, hogy tervei szerint még 1 vagy 2 félévet tölt a felsőoktatásban, ugyanakkor a 2010-ben folytatott felmérés szerint csupán 155 fő (18,4%) fejezte be felsőoktatási tanulmányait, és további 179 (21,2%) szerzett diplomát, de más szakon még folytatja tanulmányait. A második felméréskor a mintánk több, mint 80% még folytatott tanulmányokat az adott, vagy más egyetemen (628 fő; 74,4%) vagy posztgraduális képzésben (55 fő; 6,5%) és 161 fő (19,1%) ekkor már nem folytatott tanulmányokat. A dolgozók száma (teljes állás, félállás vagy alkalmi munka) 10%-al (49,7%-ról 59,7%-ra) növekedett.

Lakhelyüket tekintve, a kezdeti kollégista mintának több, mint fele, azaz 53,4%-a (451 fő) maradt kollégiumban. A minta másik fele megoszlik a családdal élők (111 fő, 13,2%) és a függetlenedők között (282 fő, 33,4%) – ez utóbbiak, a mintának mintegy harmada, saját lakásba, vagy albérletbe költöztek.



CS	1. adatfelvétel eredeti minta (2376 fő)	1. adatfelvétel – 2009 (utánkövetett 844 fő)	2. adatfelvétel - 2010 (844fő)
<b>kor/nem</b>			
kor	22,8 (SD 1,4)	22,8 (SD 1,5)	23,8 (SD 1,4)
férfi	1427 (59,7%)	445 (52,7%)	u.a
nő	949 (39,7%)	399 (47,3%)	u.a
<b>családi állapota</b>			
egyedülálló	1265 (53,2%)	441 (52,3%)	423 (50,1%)
kapcsolatban	1087 (45,7%)	376 (44,5%)	414 (49,1%)
házas	16 (0,6%)	5 (0,6%)	7 (0,8%)
hiányzó adat	8 (0,3%)	22 (2,6%)	-
<b>lakhely</b>			
szülővel, otthon			96 (11,4%)
egyéb rokonnal			15 (1,8%)
kollégiumban	2376 (100%)	824 (100%)	451 (53,4%)
albérletben			219 (25,9%)
saját lakásban			32 (3,8%)
egyéb			31 (3,7)
<b>jelenleg dolgozik</b>			
nem	1130 (47,6%)	405 (48%)	339 (40,2%)
teljes állásban	108 (4,5%)	31 (3,7%)	181 (21,4%)
félállásban	381 (16%)	122 (14,5%)	127 (15%)
alkalmanként	750 (31,6%)	266 (31,5%)	197 (23,3%)
hiányzó adat	7 (0,3%)	20 (2,4%)	-

14. táblázat: Utánkövetett egyetemista minta összetétele és jellemzői

### 8.1.2.3 Leíró statisztika – középiskolás minta

A középiskolás minta leíró statisztikai adatait a 15. táblázat foglalja össze. A minta összetételét tekintve 85 férfi (31,4%) és 186 nő (68,5%), mely a nemi arányok eltolódását jelenti az utánkövetettek esetében a női nem irányába. Átlag életkoruk 18,9, szórás 0,63. Az utánkövetett minta 55,7%-a (151 fő) egyedülálló, 44,3% (120 fő) kapcsolatban él.

Az utánkövetett minta megkérdezetteinek 84,5%-a (229 fő) tette le első felmérésünk óta az érettségit, Az első felmérés évében (2010) az eredeti minta 86,4%-a (2516 fő) jelentkezett, 5,5%-a (159 fő) nem jelentkezett felsőoktatási intézménybe. Az utánkövetett minta adataiból azt látjuk, hogy a minta 88,9%-a (241 fő) a második felmérés évében (2011) felsőoktatási intézményben tanul, 10,7% pedig nem tanul vagy nem is tervezte a továbbtanulást. A második felmérés kereteiben a megkeresetteknek már a munkavállalásukra vonatkozó kérést is feltettünk, melyből kiderül, hogy a minta 73%-a (198 fő) nem, 27%-a (73 fő) pedig teljes- vagy félállásban, illetve alkalmi munkavállalóként dolgozik.

HS	1. adatfelvétel eredeti minta (2913 fő)	1. adatfelvétel – 2009 (utánkövetett 271 fő)	2. adatfelvétel - 2010 (271 fő)
<b>kor/nem</b>			
kor	17,9 (SD 0,63)	17,9 (SD 0,63)	18,9 (SD 0,63)
férfi	1292 (44,4%)	85 (31,4%)	u.a
nő	1621 (55,6%)	186 (68,6%)	u.a
<b>lakhely</b>			
szülővel, otthon	2509 (86,1%)	224 (82,7%)	109 (40,2%)
egyéb rokonnal	22 (0,8%)	2 (0,7%)	6 (2,2%)
kollégiumban	340 (11,7%)	42 (15,5%)	61 (22,5%)
albérletben	-	-	71 (26,2%)
saját lakásban	-	-	18 (6,6%)
egyéb intézmény	5 (0,2%)	-	-
más	20 (0,7%)	3 (0,7%)	6 (2,2%)
<b>Hova jelentkezett</b>			
ELTE	294 (10,1%)	42 (15,5%)	
BCE	253 (8,7%)	29 (10,7%)	
BME	438 (15%)	41 (15,1%)	
SOTE	152 (5,2%)	11 (4,1%)	
MOME/MKE	14 (0,5%)	2 (0,8%)	
más	1422 (48,8%)	129 (47,6%)	

15. táblázat: Utánkövetett középiskolás minta összetétele és jellemzői

A 14. és 15. táblázatokból leolvasható, hogy az utánkövetett minta lefedi az első adatfelvétel eredeti mintájának szociodemográfiai adottságait, tehát nagyjából leképezi az eredeti, teljes adatfelvételi csoportot. Mindkét minta esetében, a második adatfelvételt vizsgálva kismértékű eltolódás tapasztalható a női nem irányába (középiskolások esetében +13, egyetemisták esetében + 7,6%).

#### 8.1.2.4 Méréseszközök

Méréseszközként ebben a vizsgálatban is a DMQ-R kérdőív, korábban (7.1.2.5. fejezet) bemutatott rövid verzióját használtuk.

#### 8.1.2.5 Statisztikai elemzés

A kérdőív két időpontban mért skálái között időbeli stabilitást, a skálák közötti Pearson-féle korrelációs eljárással mértem. A skálák belső konzisztenciájának vizsgálatát Cronbach- $\alpha$  mutató segítségével becsültem meg, ahol 0,9 és afeletti érték kitűnő; 0,9 - 0,7 jó; 0,7-0,6 elfogadható; 0,6-0,5 gyenge; és 0,5 alatti érték elfogadhatatlannak számít (Nunnally és Bernstein, 1994). Ezután, hasonlóan a második vizsgálatban ismertettekhez, strukturális egyenlet modellezést (SEM) hajtottam végre a két időpontban mért motivációk skálái között, hogy megtudjam, a motivációk időben milyen mértékben képesek bejósolni egymást. Az elemzés során a második időpontban mért motivációkat látens változóként (melyek közötti korreláció megengedett volt), és az első időpontban mért motivációkat pedig függő változóként kezeltem. A nem és a kor hatását kontrolláltam az elemzések során. A modell

illeszkedésének elemzésekor számos mutató (CFI, TLI, RMSEA, NNFI, SRMR) hatását vettem figyelembe. Ezek ismertetése a korábbi (7.1.2.6) fejezetben már megtörtént.

A SEM elemzést MPlus 6.1 (Muthén és Muthén, 2007) programmal, a leíró statisztikai elemzéseket, korrelációs és belső konzisztencia vizsgálatokat SPSS 17.0 programcsomaggal végeztem.

### 8.1.3 Eredmények

#### 8.1.3.1 A kérdőív belső konzisztenciájának időbeli stabilitása

A kérdőív belső konzisztenciájának időbeli stabilitását Cronbach- $\alpha$  mutató segítségével becsültem meg. A kapott eredmények szerint (16. táblázat) az összes skála a második adatfelvételnél is megfelelő belső konzisztenciával rendelkezik. Az egyetlen skála, ahol 0,7 alatti értéket mértünk, az a fokozás skálája, mely a középiskolások első adatfelvételénél még 0,7 fölötti, második adatfelvételnél, már az alatti értéket mutat. Az egyetemisták esetében a fokozás skála belső konzisztenciájának értéke mindkét mérési időpontban 0,6 és 0,7 között alakul.

	HS (t <sub>1</sub> )	HS (t <sub>2</sub> )	CS (t <sub>1</sub> )	CS (t <sub>2</sub> )
megküzdés	0,830	0,833	0,825	0,850
fokozás	0,728	<b>0,621</b>	<b>0,687</b>	<b>0,614</b>
szociális	0,870	0,842	0,850	0,843
konformitás	0,716	0,706	0,708	0,735

16. táblázat: A DMQ-R-SF kérdőív belső konzisztenciájának időbeli stabilitása

#### 8.1.3.2 A kérdőív időbeli stabilitása

A kérdőív skáláinak időbeli stabilitás vizsgálatát Pearson-féle korrelációval végeztem el. A vizsgálat szerint, mind a négy motivációt mérő skála, a második időpontban az azonos motivációt mérő skálával erősebb korrelációt mutatott, mint az összes többivel. Legerősebb összefüggést a két időpontban a pozitív megerősítéssel működő motivációk mutattak. A két időpontban mért motivációk közötti összefüggések az alábbi sorrendet mutatták a (1) középiskolás: szociális ( $r=0,552$ ;  $p<0,001$ ); fokozás ( $r=0,551$ ;  $p<0,001$ ); megküzdés ( $r=0,476$ ;  $p<0,001$ ), és konformitás ( $r=0,379$ ;  $p<0,001$ ), valamint a (2) egyetemista mintában: szociális ( $r=0,671$ ;  $p<0,001$ ); konformitás ( $r=0,599$ ;  $p<0,001$ ); fokozás ( $r=0,595$ ;  $p<0,001$ ); és megküzdés ( $r=0,55$ ;  $p<0,001$ ).

	megküzdés (t <sub>2</sub> )	fokozás (t <sub>2</sub> )	szociális (t <sub>2</sub> )	konformitás (t <sub>2</sub> )
<b>megküzdés (t<sub>1</sub>)</b>	<b>0,476/0,55</b>	0,291/0,332	0,262/0,247	0,01/0,172
<b>fokozás (t<sub>1</sub>)</b>	0,252/0,359	<b>0,515/0,595</b>	0,470/0,434	0,054/0,240
<b>szociális (t<sub>1</sub>)</b>	0,246/0,234	0,403/0,430	<b>0,552/0,671</b>	0,069/0,245
<b>konformitás (t<sub>1</sub>)</b>	0,116/0,218	0,179/0,255	0,208/0,301	<b>0,379/0,599</b>

17. táblázat: A DMQ-R-SF időbeli megbízhatósága. Az első érték HS a második CS minta eredménye. Mindegyik korreláció esetében  $p<0,001$

### 8.1.3.3 Többszörös regressziós elemzés

Második lépésként a két időpontban mért motivációk időbeli stabilitását SEM modellezéssel, többszörös lineáris regressziójával ellenőriztem. A lineáris regresszió során függő változóként a második időpontban, független változóként az első időpontban mért motivációk szerepeltek. A nem és a kor értékeit kontrolláltam a vizsgálat során.

A modell illeszkedési mutatói megfelelőek voltak ( $\chi^2_{HS}=15,460$ ;  $\chi^2_{CS}=8,334$ ;  $df=15$ ; CFI=0,996; TLI=0,982; RMSEA=0,033 [0,000 – 0,056]; SRMR=0,014).

Eredményként azt kaptam, hogy az első időpontban mért alkoholfogyasztási motivációk (M-t<sub>1</sub>, F-t<sub>1</sub>, SZ-t<sub>1</sub>, K-t<sub>1</sub>) a későbbi időpontban a saját skálájukon mért értéket (M-t<sub>2</sub>, F-t<sub>2</sub>, Sz-t<sub>2</sub>, K-t<sub>2</sub>) jósolják be leginkább. Az egyetemisták mintájában, az összes esetben magasabb volt a megmagyarázott variancia a két időpontban mért skálaérték között, mint a középiskolások mintájában, valamint az ő esetükben a regressziós értékek is minden esetben magasabbak voltak.

A legnagyobb százaléku megmagyarázott varianciát az egyetemisták esetében találtam Sz-t<sub>1</sub> és Sz-t<sub>2</sub> között, mely egyúttal a legerősebb regressziós értéket ( $\beta=0,642$ ;  $p<0,001$ ) is képviselte az összes két időpontban mért motivációk közül. Időben a leginkább instabil motivációnak a fokozásos motiváció tűnik, mivel F-t<sub>1</sub> mindkét minta esetében F-t<sub>2</sub>-n kívül más skálaértékeket is bejósol. A középiskolások esetében F-t<sub>1</sub> bejósoló ereje megoszlik F-t<sub>2</sub> ( $\beta=0,423$ ;  $p<0,001$ ) és Sz-t<sub>2</sub> ( $\beta=0,163$ ;  $p<0,010$ ) között. Az egyetemisták esetében F-t<sub>1</sub> bejósoló ereje még tovább bomlik: F-t<sub>2</sub> ( $\beta=0,512$ ;  $p<0,001$ ), Sz-t<sub>2</sub> ( $\beta=0,091$ ;  $p<0,012$ ) mellett bejósolja M-t<sub>2</sub> ( $\beta=0,098$ ;  $p<0,045$ ) értékét is. A részletes eredményeket a 18. táblázat szemlélteti.

		M-t <sub>2</sub>	F-t <sub>2</sub>	Sz-t <sub>2</sub>	K-t <sub>2</sub>
M-t <sub>1</sub>	HS	<b>0,442***</b>			
	CS	<b>0,489***</b>			
F-t <sub>1</sub>	HS		<b>0,423***</b>	0,163**	
	CS	0,098*	<b>0,512***</b>	0,091**	
Sz-t <sub>1</sub>	HS			<b>0,420***</b>	
	CS			<b>0,642***</b>	
K-t <sub>1</sub>	HS				<b>0,395***</b>
	CS				<b>0,591***</b>
R <sup>2</sup>	HS	23,2%	27,7%	32,2%	14,7%
	CS	31,4%	36,1%	45,3%	35,9%

18. táblázat: A két időpontban mért alkoholfogyasztási motivációk többszörös lineáris regressziós elemzése (\*\*p<0,001; \*p<0,01; \*p<0,05)

#### 8.1.4 Diszkusszió

A kutatás célja a DMQ-R-SF rövid kérdőív időbeli stabilitásának ellenőrzése volt két korcsoportban egy longitudinális mintán egy éves utánkövetéssel. A vizsgálat szerint, mind a négy motivációt mérő skála, a második időpontban az azonos motivációt mérő skálával erősebb korrelációt mutatott, mint az összes többivel, ezáltal az időbeli stabilitás igazolt. Továbbá úgy tűnik, hogy ebben a korban leginkább a fokozás motivációja változik, hisz egy év alatt is nagymértékű átformálódáson esik át mindkét csoportban, amit a regressziós értékek jeleznek. Az első időpontban mért fokozás, a saját, második időpontban mért skáláján túl, más skálákat is előre jelez. Középiskolásoknál a második időpontban mért szociális, egyetemistáknál a második időpontban mért szociális és megküzdés skálákat. A minta speciális jellegét tekintve, vagyis, hogy az eltelt egy év a fiatalok esetében pont egy életszakasz váltás közé esett, arra utalhat, hogy a fokozásos motiváció tekintetében történik a legnagyobb változás. A fokozásos motiváció, mint a nagyívás egyik legjobb bejósolója ebben a populációban és ebben az életszakaszban (Kuntsche és mtsai, 2006) azért eshet át változásokon, mert a nagyívás, az addig betöltött, éjszakai élethez kapcsolódó, kortárszerepeket erősítő rituális funkcióját elveszíti (Péley, 2002). Amennyiben az egykori középiskolás vagy egyetemista elhelyezkedik, munkahelyet talál és családot alapít, a szerepek átalakulnak és átértékelődnek. Labouvie (1996) „maturing out” (vagyis a szerhasználatból történő kinövésről szóló) modelljében az egyéni célokra helyezi a hangsúlyt. A jól körülhatárolt egyéni életcélok sikeres definiálása segítheti a szerhasználót abban, hogy terveket állítson fel céljai elérésére. Az általa megfigyelt esetekben a szerhasználat csökkenése annak köszönhető, hogy a fiatalok saját életük alakításában elkezdtek szerepet vállalni. Eredményeink szerint fiatalabb korban az alkoholfogyasztási motivációk még jobban változtathatóak, hiszen az első időpontban mért értékek még kisebb mértékű varianciát magyaráznak meg. Ez az eredmény újra felhívja a figyelmet a korai prevenció fontosságára. Összességében elmondható, hogy a DMQ-R-SF időbeli stabilitását sikerült igazolni. Az első vizsgálat eredményeihez hasonlóan a fokozásos skála belső konzisztenciáját mérő Cronbach- $\alpha$  mutató megint alacsony értéket mutatott. Ezáltal a kor előrehaladtával továbbra is felmerül a fokozásos skála mérési megbízhatóságának romlása, ami további kutatásokat igényel.

## **8.2 MOTIVÁCIÓK IDŐBELI VÁLTOZÁSA ÉS HOSSZÚTÁVÚ HATÁSA A NAGYIVÁSRA**

### **8.2.1 Célkitűzés**

A vizsgálat részben az előző kutatás eredményeire támaszkodik, melyben a két időpontban mért motivációk azonos skálájú értékei bejósolták egymást. Ebben a vizsgálatban az volt a célkitűzésünk, hogy a fenti eredményeket kiegészítve, és a 2. vizsgálatához hasonlóan, megvizsgáljuk a motivációk hosszú távú bejósoló erejét az alkoholfogyasztási problémákra nézve. Az alkoholfogyasztási motivációk összefüggése a különböző indikátorokkal ismert és sokat kutatott témakör (pl.: Carey és mtsai, 1997) ugyanakkor a motivációk hosszútávú hatásai kevésbé ismertek. Vajon az adott évben megkérdezett, elmúlt egy évre vonatkozó alkoholfogyasztási okok és motivációk, milyen mértékben jósolják be az egy évvel későbbi alkoholproblémák mértékét?

### **8.2.2 Módszer**

#### **8.2.2.1 Mérőeszközök**

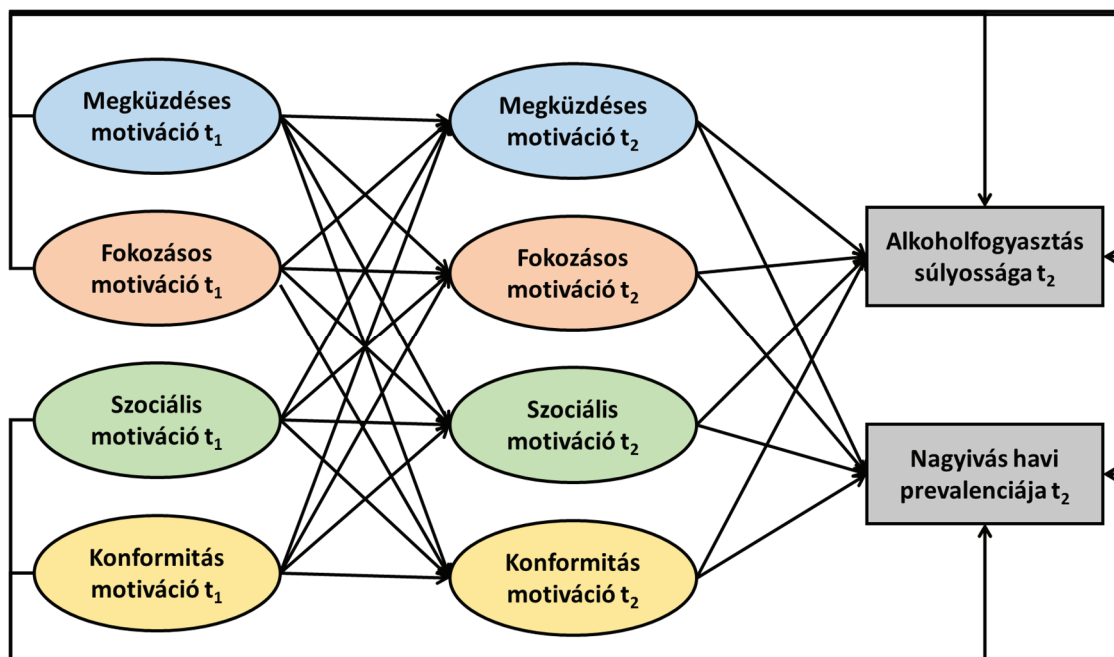
A kutatás során használt kérdőívek megegyeznek a korábban (7.1.2.5) ismertetettekkel, egyetlen eltéréssel: ebben a kutatásban a nagyivás éves prevalenciája helyett a havi prevalencia értéket használtam, hogy árnyaltabb képet kapjunk az aktuális változásokról. A kérdés megfogalmazása („Hányszor fordult elő veled az elmúlt 30 napban, hogy 6 vagy annál több italt ittál egy alkalommal?”), és válaszkategóriái (0: egyszer sem, 1: 1-3 alkalommal, 2: 4-9 alkalommal, 3: 10-19 alkalommal, 4: nem minden nap, de 20 alkalommal vagy többször, 5: minden nap) azonban megegyeztek a korábbi, egy évre vonatkozó kérdésével.

#### **8.2.2.2 Minta**

A minta megegyezik a korábban (7.1.2) ismertetettekkel.

#### **8.2.2.3 Eljárás**

A vizsgálat során először kétmintás t-próbával ellenőriztem a két időpontban mért motivációk és az alkoholfogyasztási indikátorok változását, majd SEM modellezéssel, többszörös regressziós útelemzést alkalmazva vizsgáltam meg a motivációk bejósoló erejét a problémás alkoholfogyasztásra és a nagyivásra az összes lehetséges regressziós út, és indirekt utak lefedésével, melyet a 9. ábra szemléltet.



9. ábra: A különböző időpontokban mért alkoholfogyasztási motivációk összefüggése a későbbi alkoholfogyasztási problémákkal - hipotetikus modell

Az elemzés során a második időpontban mért motivációk, és a második időpontban mért nagyívás valamint problémás alkoholfogyasztás mértéke látens változóként, az első időpontban mért motivációkat pedig függő változóként kezeltem. A nem és a kor hatását kontrolláltam az elemzések során. A modell illeszkedésének elemzésekor számos mutató (CFI, TLI, RMSEA, NNFI, SRMR) hatását vettem figyelembe. Ezek ismertetése a korábbi (7.1.2.6) fejezetben már megtörtént.

A SEM útelemezést MPlus 6.1 (Muthén és Muthén, 2007) programmal, a leíró statisztikai elemzéseket és a kétmintás t-próbát SPSS 17.0 programcsomaggal végeztem.

## 8.2.3 Eredmények

### 8.2.3.1 Kétmintás t-próba

Első lépésként, a szignifikáns változások kiszűrésére kétmintás t-próbát alkalmaztam. Az eredményeket a 19. táblázat szemlélteti. A két mintában hasonló eredmény született, miszerint a megküzdési motivációján kívül, az összes motivációban szignifikáns változás következett be egy év elteltével mindkét minta esetében. A motivációk skálánkénti átlagértékei minden esetben nőttek, és mindkét korcsoport esetében a legnagyobb változás a szociális motivációt illetően történt ( $\Delta_{tHS} = -1,21$ ;  $t = -6,17$ ;  $df = 270$ ;  $p < 0,001$ ; és  $\Delta_{tCS} = -0,97$ ;  $t = -10,62$ ;  $df = 823$ ;  $p < 0,001$ ). Ugyanakkor azonban az alkoholfogyasztás problémássága és a nagyívás havi



prevalenciája a két csoportban eltérő tendenciát mutat. A középiskolások esetében mindkét alkoholfogyasztási indikátort tekintve növekedést tapasztaltunk (nagyivás: ( $\Delta t_{HS}=-0,11$ ;  $t=-2,95$ ;  $df=270$ ;  $p<0,001$ ; és problémás alkoholfogyasztás:  $\Delta t_{HS}=-0,30$ ;  $t=-1,36$ ;  $df=270$ ; n.sz.), az egyetemisták esetében pedig mindkét indikátor tekintetében szignifikáns csökkenést tapasztaltunk ( $\Delta t_{CS}=0,13$ ;  $t=-5,46$ ;  $df=823$ ;  $p<0,001$ ; és problémás alkoholfogyasztás:  $\Delta t_{CS}=0,86$ ;  $t=7,89$ ;  $df=823$ ;  $p<0,001$ ).

		$t_1$ (SD)	$t_2$ (SD)	$t_1-t_2$	$t$	$df$	$p$
<b>HS</b>	<b>AUDIT összpontszám</b>	4,73 (4,12)	5,03 (3,86)	-0,30	-1,36	270	0,174
	<b>Nagyivás havi prevalenciája</b>	0,32 (0,52)	0,43 (0,63)	<b>-0,11</b>	-2,95	270	<0,001
	megküzdés	4,58 (2,24)	4,74 (2,33)	-0,16	-1,11	270	0,267
	fokozás	5,35 (2,58)	5,70 (2,42)	<b>-0,35</b>	-2,33	270	0,020
	szociális	7,65 (3,43)	8,86 (3,38)	<b>-1,21</b>	-6,17	270	<0,001
	konformitás	3,77 (1,43)	4,08 (1,76)	<b>-0,31</b>	-2,86	270	0,005
<b>CS</b>	<b>AUDIT összpontszám</b>	6,38 (4,88)	5,52 (4,06)	<b>0,86</b>	7,89	822	<0,001
	<b>Nagyivás havi prevalenciája</b>	0,57 (0,75)	0,44 (0,61)	<b>0,13</b>	5,46	823	<0,001
	megküzdés	4,59 (2,11)	4,65 (2,23)	-0,06	-0,84	823	0,400
	fokozás	5,49 (2,44)	5,94 (2,49)	<b>-0,45</b>	-5,78	823	<0,001
	szociális	7,97 (3,2)	8,94 (3,3)	<b>-0,97</b>	-10,62	823	<0,001
	konformitás	3,88 (1,46)	4,18 (1,83)	<b>-0,30</b>	-5,59	823	<0,001

19. táblázat: A két időpontban mért alkoholfogyasztási motivációk és alkoholfogyasztási indikátorok változása (t-próba)

### 8.2.3.2 SEM modell

A strukturális egyenlet modell segítségével számított útelemzés során az első időpontban mért motivációk hosszútávú hatását mértem a későbbi alkoholfogyasztási indikátorokra direkt, illetve indirekt módon a második időpontban mért motivációkon keresztül, a kor és nem hatásának kontrollálása mellett. A modell közepes mértékű illeszkedést mutatott ( $\chi^2_{HS}=39,485$ ;  $\chi^2_{CS}=100,699$ ;  $df=25$ ;  $CFI=0,960$ ;  $TLI=0,836$ ;  $RMSEA=0,092$  [0,077 – 0,107];  $SRMR=0,038$ ). A középiskolások csoportjában, az első időpontban mért motivációk esetében, közvetlen hatást a fokozás (fokozás  $t_1 \rightarrow$  nagyivás havi gyakorisága  $t_2$ :  $\beta=0,191$ ;  $p=0,04$ ) és szociális (szociális  $t_1 \rightarrow$  AUDIT  $t_2$ :  $\beta=0,125$ ;  $p=0,04$ ) motivációk esetében kaptam, bár az eredményből, szignifikancia szintjüket tekintve, csak tendencia szerű következtetéseket lehet levonni. Indirekt útvonalon keresztül, a középiskolások esetében, csak a fokozás motivációja érvényesült (fokozás  $t_1 \rightarrow$  fokozás  $t_2 \rightarrow$  AUDIT  $t_2$ :  $\beta=0,166$ ;  $p=0,003$ ). Az egyetemisták esetében több első időpontban mért motiváció erősebb hatásokat fejtett ki a későbbi alkoholfogyasztási problémákra, főleg indirekt utakon. A legmeghatározóbb indirekt hatás az első időpontban mért fokozás (fokozás  $t_1 \rightarrow$  fokozás  $t_2 \rightarrow$  AUDIT  $t_2$ :  $\beta=0,152$ ;  $p<0,001$ ), majd a megküzdés (megküzdés  $t_1 \rightarrow$  megküzdés  $t_2 \rightarrow$  AUDIT  $t_2$ :  $\beta=0,145$ ;  $p<0,001$ ), és végül a szociális motiváció (szociális  $t_1 \rightarrow$  szociális  $t_2 \rightarrow$  AUDIT  $t_2$ :  $\beta=0,140$ ;  $p<0,001$ ) hatása a

második időpontban mért alkoholproblémákra. A megküzdés első időpontban mért indirekt hatása még a második időpontban mért direkt hatásnál (megküzdés  $t_2 \rightarrow$  AUDIT  $t_2$ :  $\beta=0,139$ ;  $p<0,001$ ) is erőteljesebb. A vizsgálat tényezői a középiskolások és egyetemisták nagyivás ( $R^2_{HS}=19,7\%$ ;  $R^2_{CS}=16,7\%$ ) és problémás alkoholfogyasztás ( $R^2_{HS}=28,2\%$ ;  $R^2_{CS}=26,1\%$ ) variációjának közel azonos százalékát magyarázzák meg. Az útmodell részletes eredményeit a 20. táblázat szemlélteti.

	HS		CS	
	AUDIT pontszám $t_2$	nagyivás havi gyakorisága $t_2$	AUDIT pontszám $t_2$	nagyivás havi gyakorisága $t_2$
<b>fokozás <math>t_1</math></b>		0,191*		
<b>szociális <math>t_1</math></b>	0,125*		0,110**	0,100*
<b>megküzdés <math>t_1 \rightarrow</math> megküzdés <math>t_2</math></b>			<b>0,145***</b>	0,017*
<b>fokozás <math>t_1 \rightarrow</math> fokozás <math>t_2</math></b>	0,166**	0,024***	<b>0,152***</b>	0,022***
<b>szociális <math>t_1 \rightarrow</math> szociális <math>t_2</math></b>			<b>0,140***</b>	0,020***
megküzdés $t_2$			<b>0,139***</b>	0,110**
fokozás $t_2$	<b>0,208***</b>	<b>0,224***</b>	<b>0,149***</b>	<b>0,149**</b>
szociális $t_2$	0,118*		<b>0,154***</b>	<b>0,165***</b>
<b>R<sup>2</sup></b>	28,2%	19,7	26,1%	16,7%

20. táblázat: Az alkoholfogyasztási motivációk hosszútávú hatása az alkoholfogyasztás indikátoraira (útelemzés)

#### 8.2.4 Diszkusszió

A kutatás elsődleges eredménye, miszerint az életszakaszbeli váltás másképpen csapódik le a két populáció alkoholfogyasztási szokásain. Míg a középiskolások esetében mind a nagyivás mind a problémás alkoholfogyasztás tekintetében súlyosbodást, addig az egyetemisták körében csökkenést tapasztalunk. Ez az eredmény egybecseng a korábban feltételezettekkel, miszerint a vidéki középiskolásoknál, a városba felköltözve, az egyetemi élet megkezdésével együtt a problémák súlyosbodását is tapasztaljuk. Ezzel szemben pedig az egyetemistáknál a társadalmi szerepek módosulásával és a felelősség növekedésével a problémák enyhülését tapasztaljuk. Ezek az eredmények többek közt alátámasztják a korábban tárgyalt társadalmi szocializációs és szerepmódosulási elméleteket (lásd: Kandel, 1980: „*role compatibility theory*” és „*maturing out*”)

Korábbi kutatások (pl. Schelleman-Offermans és mtsai, 2011) és jelen kutatásunk eredményei is igazolják, hogy motiváltság bejósoló ereje korral nő és egyre differenciáltabbá válik, hogy mely motiváció jósolja be a problémás alkoholfogyasztás mértékét. Ebben a mintában a leginkább érintett a szociális motiváció, ami ennek a korosztálynak a sajátosságait fedi le (Room, 2004). Ugyanakkor az alkoholfogyasztás problémássága és a nagyivás havi prevalenciája a két korcsoportban eltérő tendenciát mutatott. Összességében az AUDIT pontszámmal a kapcsolatok erősebbnek tűntek, mint a nagyivással kapcsolatosak, és a

megmagyarázott variancia százaléka is magasabb. Ez feltehetőleg azért alakulhatott így, mivel a nagyívás ebben a korosztályban a problémás alkoholfogyasztás részeleme (Elekes, 2004). A fokozás és a szociális motivációk hosszútávú bejósoló ereje volt a legmeghatározóbb, mely eredmény megegyezik az egyik legelső, motivációk témakörében készült, utánkövetéses vizsgálat eredményeivel (Bradizza, Reifman és Barnes, 1999). Az említett, 5 évig tartó longitudinális kutatás eredményei szerint azt találták, hogy a hosszútávon, az akkoriban aktuális kutatásoknak ellentmondóan, a megküzdéses motivációval szemben, a szociális motiváció jelzi előre legjobban a problémás alkoholfogyasztást, a nagyívásnak pedig a fokozásos motiváció volt a legjobb prediktora.

A megküzdés első időpontban mért értéke az egyetemisták körében indirekt módon erősebb hatást fejtett ki, mint a második időpontban mért direkt hatása az alkoholproblémákra. Ez arra enged következtetni, hogy a megküzdés hosszútávon stabilan előrejelzi a problémákat, és amennyiben nem következik be változás, a motivációs értékek összeadódva még erősebb hatást fejtenek ki. Magyarul, amennyiben a fiatal azért iszik, hogy a problémáit, rossz hangulatát enyhítse, és ez idővel nem enyhül, akkor a negatív érzelmi állapotok erősödésével együtt az alkoholfogyasztás is egyre problémásabbá válik.

Az eredmények szerint az egyetemista mintában sokkal több valid bejósoló útvonal keletkezett, mint a középiskolás mintában. Az idő előrehaladtával a motivációk jobban és tartósabban meghatározzák a problémás alkoholfogyasztást. Összességében a kutatás konklúziója az, hogy fiatalabb korban a motivációk még alakíthatóak, és a későbbi problémák kialakulása tekintetében kevésbé meghatározóak. Vagyis a motivációkra épülő prevenciós programok a középiskolásoknál nagyobb hatást érhetnek el, mint az egyetemistáknál. Mindemellett a középiskolások esetében a prevenciós programok megtervezése még sürgetőbb is, különös tekintettel azokra a vidéki középiskolásokra, akik később kollégiumokba költöznek továbbtanulás céljából, ahol a szülői figyelem csökkenésével párhuzamosan a kortárshatás nő.

## **8.3 PSZICHOPATOLÓGIAI TÜNETEK HOSSZÚ TÁVÚ HATÁSA A MOTIVÁCIÓKON KERESZTÜL**

### **8.3.1 Célkitűzés**

Végső modellem során arra szeretnék magyarázatot találni, hogy mely pszichopatológiai tünetek fejtik ki hosszú távon a motivációkon keresztül hatásukat a problémás alkoholfogyasztásra. Korábbi kutatások sora igazolja a motivációk központi és mediáló szerepét az alkoholfogyasztás és más tényezők között, legyen szó akár az alkoholfogyasztás mértékéről, gyakoriságáról (Kuntsche, 2005), személyiségvonásokról (Stewart és Devine, 2000), vagy alkohollal kapcsolatos elvárásokról (Urbán, Kökönyei és Demetrovics, 2008). Egyes vizsgálatok szerint az fogyasztási motivációk az alkoholhasználat kimeneti változónkénti varianciájának 50%-át magyarázzák (Kuntsche és mtsai, 2007b). Személyiségjellemzők vagy pszichés tünetek és alkoholmotivációk kapcsolatáról szóló vizsgálatok elsősorban a belsőleg vezérelt (fokozásos és megküzdéses) típusú motivációkkal találtak kapcsolatot (Cooper és mtsai, 1995; Kuntsche és mtsai, 2005). A belsőleg vezérelt, vagyis internális motivációk leginkább a feszültség-csökkentéssel és a negatív érzelmi állapotokkal való megküzdéssel hozhatók összefüggésbe, míg a külső motivációk inkább a kontextustól függenek (Cooper, 1994; Stewart és Devine, 2000). A legtöbb pszichopatológiai tünetet vizsgáló motivációs kutatás a szorongás vagy a depresszió kapcsolatát kutatta az alkoholfogyasztási motivációkkal. Mindkét tünet esetében arra jutottak, hogy a megküzdéses motivációval mutatnak szoros összefüggést (Comeau, Stewart és Loba, 2001; Windle és Windle, 1996; Stewart és Devine, 2000), valamint, hogy a nők esetében ez a kapcsolat szorosabb, mint a férfiak esetében (Stewart és Zeitlin, 1995).

Kutatásunk célkitűzése szerint, speciálisan mért klinikai tünetek helyett egy egész pszichopatológiai tünetleltár hosszútávú hatását modellálta az alkoholfogyasztásra, a motivációk hatásán keresztül, direkt és indirekt utakat is figyelembe véve.

### **8.3.2 Módszer**

#### **8.3.2.1 Minta**

A minta megegyezik a korábban bemutatott (7.1.2.fejezet) középiskolások és egyetemisták utánkövetését megcélzó longitudinális mintával.

### **8.3.2.2 Mérészközök**

A mérőeszközök a már korábban bemutatott (7.1.2.5.fejezet) alkoholfogyasztási motivációkat mérő DMQ-R-SF, az alkoholfogyasztás problémásságát mérő AUDIT, és a nagyívás havi prevalenciáját megcélzó kérdésem túlmenően egy széles körben alkalmazott pszichopatológiai tünetleltárát is tartalmazott. A Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993) kérdőív a Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1983) rövidebb változata, amely 53 itemből áll. A kitöltő 5-fokú Likert-skálán ítélni meg, hogy az itemben szereplő probléma milyen mértékben zavarta őt az elmúlt héten. A kérdőív a klinikailag releváns pszichológiai tüneteket sorolja fel, melyek indikátorai az emocionális distressznek. Az itemek 9 fő dimenzió mentén csoportosulnak: szomatizáció, obszesszív-kompulzív tünetek, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, agresszió/ellenségesség, fóbias szorongás, paranoia, pszichoticizmus. További három index is számítható az itemek alapján: Globális Súlyossági Index (GSI), amely a 9 dimenzió pontszámának összegéből és további 4, ezeken kívüli itemből számítható. A GSI a legérzékenyebb indikátora a distressz szintjének. További index a Pozitív Tünetek Összesen (PST), amely a tünetek intenzitásáról ad információt, valamint a Pozitív Tünet Distressz Index (PSDI), amely a tünetek számáról tájékoztat. Legfrissebb, magyar mintán széleskörűen tesztelt, validálási kutatásaink a 9 dimenzióval dolgozó faktorstruktúrát és az összesített indexek alkalmazását is támogatják (Urbán, Kun, Farkas, Paksi, Kökönyei, Unoka és mtsai, 2014).

### **8.3.2.3 Statisztikai eljárás**

Ahhoz, hogy el tudjam dönteni, mely pszichopatológiai tünetek vonhatóak be, a modell kialakítása előtt az első időpontban mért DMQ-R és a BSI kérdőívek alszámai közötti korrelációkat vizsgáltam meg a minták szétválasztása nélkül. Az elemzést SPSS 17.0 statisztikai programcsomaggal végeztem. Ezután többszörös lineáris regressziós vizsgálatot alkalmaztam, mintához tartozásra való tekintet nélkül, annak eldöntésére, hogy mely pszichopatológiai tünetek azok, amelyek a DMQ-R alszámainak emelkedését a legjobban magyarázzák. Az elemzést az MPlus 6.0 (Muthén, 2007) programmal és MLR (maximum likelihood estimation robust to non-normality) becsléssel végeztem, melyet a DMQ-R skálák normálistól eltérő eloszlása indokolt.

Az útelemzés esetében a pszichopatológiai tünetek voltak az exogén, független változók, a motivációk a mediáló változók és az AUDIT pontszám a függő, endogén változó. Az útmodell tesztelésére strukturális egyenletek modellezését (SEM) módszert alkalmaztam többszoportos elemzési móddal. Az elemzés során a változók közötti útvonalakat MLR használatával becsültem meg. A motivációk kovarianciáját mindkét korcsoportban számításba

vettem, a keresztöltések csökkentése érdekében. A modell illeszkedésének vizsgálatakor a CFI, TLI, RMSEA és SRMR mutatókat használtam (a mutatók bemutatása és értékeinek magyarázatát lásd. 7.1.2.6. fejezetben). A nem hatásának tesztelésére Satorra-Bentler  $\chi^2$  különbség tesztet végeztem el (Satorra és Bentler, 1994). Az útelemzést MPlus 6.0 (Muthén és Muthén, 2007) programmal végeztem.

### 8.3.3 Eredmények

#### 8.3.3.1 Előzetes vizsgálatok:

Előzetes számítások segítettek a modell kialakítását, annak érdekében, hogy eldönthessem, mely pszichopatológiai tünetek jósolják be leginkább a DMQ-R alsókálait, és ezáltal bevonhatóak a modellbe. Az összes korrelációs értéket a 21. táblázat tartalmazza.

	megküzdés	fokozás	szociális	konformitás
szorongás	<b>0,374</b>	0,149	0,173	<b>0,203</b>
depresszió	<b>0,402</b>	0,175	0,171	0,172
ellenségesség./agr.	<b>0,332</b>	<b>0,211</b>	0,168	0,153
kényszeresség	<b>0,295</b>	0,153	0,153	<b>0,251</b>
szomatizáció	<b>0,299</b>	0,097	0,069	0,109
pszichoticizmus	<b>0,270</b>	0,076	0,101	<b>0,218</b>
paranoia	<b>0,233</b>	0,097	0,099	0,177
fóbia	<b>0,235</b>	0,124	0,099	0,105
interperszonális érzékenység	<b>0,258</b>	0,102	0,137	<b>0,237</b>

21. táblázat: Az alkoholfogyasztási motivációk és pszichopatológiai tünetek korrelációi. A korrelációk minden esetben szignifikánsak ( $p < 0,001$ )

Láthatjuk, hogy a leginkább a megküzdés motivációval függenek össze a tünetek, itt találhatóak a legmagasabb korrelációk, pl. a depresszió ( $r=0,402$ ;  $p < 0,001$ ). Ez után következik a legmagasabb korrelációkat felmutatók rangsorában a konformitás, mely a megküzdéshez hasonlóan szintén negatív megerősítéssel működő motiváció. A konformitás motivációjával viszont más pszichopatológiai tünetek mutattak erős kapcsolatot, itt leginkább a kényszeresség ( $r=0,251$ ;  $p < 0,001$ ), majd az interperszonális érzékenység ( $r=0,237$ ;  $p < 0,001$ ), a pszichoticizmus ( $r=0,218$ ;  $p < 0,001$ ) és a szorongás ( $r=0,203$ ;  $p < 0,001$ ) esetében találtam összefüggést. Ezek a korrelációk viszont nem haladják meg a megküzdés által mutatott korrelációkat ugyanezekkel a tünetekkel. A pozitív megerősítéssel működő motivációk közül, a fokozás motivációja esetében az ellenségesség/agresszióval ( $r=0,211$ ;  $p < 0,001$ ), és a depresszióval ( $r=0,148$ ;  $p < 0,001$ ) találtunk kapcsolatot. A szociális motiváció a többihez képest csupán gyenge korrelációs értékeket mutatott.

A lineáris regressziós vizsgálat során nem minden esetben igazolódtak be a korábban korreláció során kimutatott erős összefüggések. A konformitás motivációja esetében például alig, illetve csak gyenge kapcsolatot találtam. Meglepetésemre a szorongás tünete sem mutatott bejósoló kapcsolatot. Erős hatást találtam viszont a depresszió és megküzdés ( $\beta=0,275$ ;  $p<0,001$ ), valamint ellenségesség/agresszió és fokozás ( $\beta=0,211$ ;  $p<0,001$ ) motivációja között. Ez a hatás reciprok módon a másik motivációval kombinációban is szignifikáns lett: ellenségesség/agresszió és megküzdés között ( $\beta=0,147$ ;  $p<0,001$ ) valamint depresszió és fokozás között ( $r=0,148$ ;  $p<0,001$ ). Egy további szignifikáns bejósoló kapcsolatra derült fény: ellenségesség/agresszió és szociális motiváció között ( $\beta=0,103$ ;  $p<0,001$ ), mely kapcsolat arra utal, hogy a fokozás és szociális motivációk mögött hasonló működésmód áll. A többi bejósoló útvonal nem lett szignifikáns.

### 8.3.3.2 Modell tesztelése

Az útelemzés vizsgálatába azokat a pszichopatológiai tüneteket emeltem be, melyek magas korrelációval vagy szignifikáns lineáris regressziós  $\beta$  értékkel rendelkeznek. Az így módon kalkulált modell jó illeszkedési mutatókkal rendelkezett ( $\chi^2_{HS}=1,886$ ;  $\chi^2_{CS}=0,319$ ;  $df=4$ ; CFI=1,000; TLI=1,014; RMSEA=0,000 [0,000 – 0,049]; SRMR=0,005). Ugyanakkor kiderült, hogy a konformitás (K-t<sub>1</sub>) első időpontban mért motivációja, sem a középiskolások (sztenderdizált hatás 0,02;  $p>0,05$ ), sem az egyetemisták esetében (sztenderdizált hatás 0,028;  $p>0,05$ ) nem jósolja be szignifikánsan a második időpontban mért alkoholfogyasztási problémákat (AUDIT-t<sub>2</sub>). Mivel végső modellem során arra szeretnék magyarázatot találni, hogy mely pszichopatológiai tünetek fejtik ki hosszútávon a motivációkon keresztül hatásukat a problémás alkoholfogyasztásra, ezért az elemzésben a megküzdéses, fokozásos és szociális motivációk, valamint a depresszió és ellenségesség/agresszió tünetei maradtak.

Az új, módosított modell illeszkedési mutatói gyakorlatilag nem változtak ( $\chi^2_{középiskolások}=1,969$ ;  $\chi^2_{egyetemisták}=0,310$ ;  $df=4$ ; CFI=1,000; TLI=1,001; RMSEA=0,000 [0,000 – 0,049]; SRMR=0,006), így tehát a konformitás motivációjának hatását kizárhatjuk.

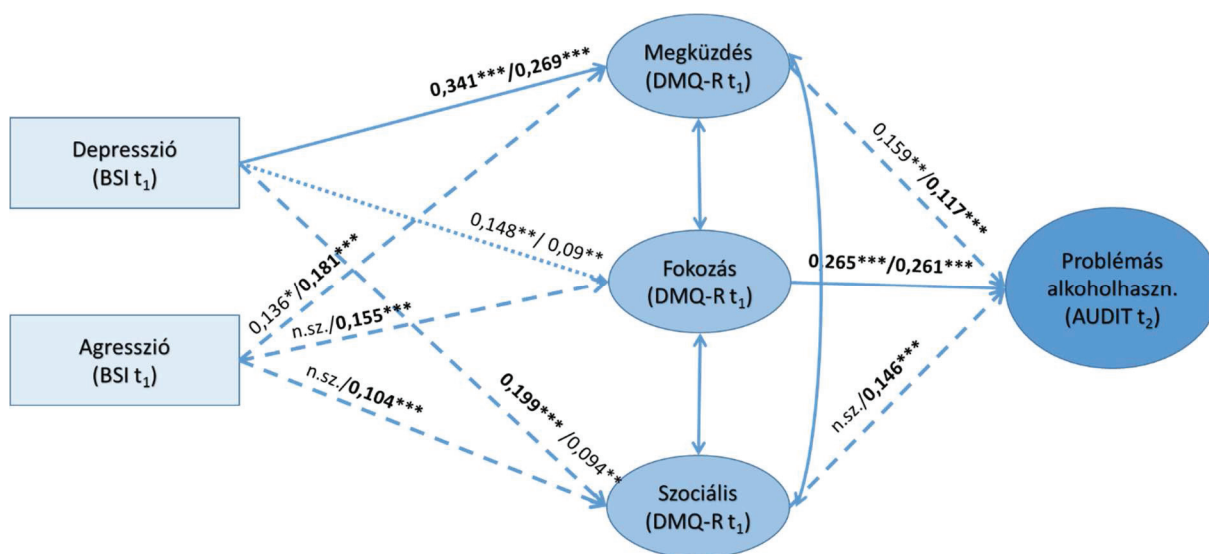
A módosult modell sztenderdizált hatásokat (szh) összefoglaló áttekintését a 10. ábra<sup>1</sup> mutatja. Látható, hogy csupán két útvonal van, a depresszió - megküzdés ( $szh_{HS}=0,341$ ;  $p<0,001$  /  $szh_{CS}=0,269$ ;  $p<0,001$ ) valamint a fokozás - problémás alkoholfogyasztás ( $szh_{HS}=$

<sup>1</sup> A pontozott vonal azt jelzi, hogy az eredmény egyik csoport esetében sem szignifikáns  $p<0,001$  szinten, itt tehát csak tendencia szintű hatásokat lehet feltételezni. A szaggatott vonal részben (csak az egyik csoport esetében) szignifikáns hatást jelez. A teljes vonal mindkét csoport esetében szignifikáns hatást jelez. Az oda-vissza irányú nyilak a motivációk közötti kovarianciát jelzik.



0,265;  $p < 0,001$  /  $sz_{HCS} = 0,261$ ;  $p < 0,001$ ), amely mindkét minta esetében szignifikáns hatást mutat. Emellett a középiskolás mintában csupán egy hatás lett szignifikáns, mégpedig a depresszió és a szociális motiváció között ( $sz_{HCS} = 0,199$ ;  $p < 0,001$ ). A többi hatás csak az egyetemisták esetében lett szignifikáns. A tünetek motivációra gyakorolt hatásainak erőssége az egyetemisták körében csökkenő sorrendben az alábbiak szerint alakult: depresszió – megküzdés ( $sz_{HCS} = 0,269$ ;  $p < 0,001$ ), agresszió – megküzdés ( $sz_{HCS} = 0,181$ ;  $p < 0,001$ ), agresszió – fokozás ( $sz_{HCS} = 0,155$ ;  $p < 0,001$ ), majd végül agresszió – szociális ( $sz_{HCS} = 0,104$ ;  $p < 0,001$ ). A motivációk problémás alkoholfogyasztásra gyakorolt hatásai, erősségük csökkenő sorrendjében az alábbiak szerint alakult: fokozás ( $sz_{HCS} = 0,261$ ;  $p < 0,001$ ), szociális ( $sz_{HCS} = 0,146$ ;  $p < 0,001$ ), megküzdés ( $sz_{HCS} = 0,117$ ;  $p < 0,001$ ).

Összességében tehát elmondható, hogy a depresszió volt az a tünet, amely mindkét mintában a legjobban bejósolta az alkoholfogyasztási motivációkat, mégpedig mindkét esetben a megküzdés motivációját, ugyanakkor a fokozás jósolta be mindkét mintában leginkább a problémás alkoholfogyasztást.



10. ábra: Az alkoholfogyasztási motivációk mediál szerepe az első időpontban mért pszichopatológiai tünetek és a későbbi problémás alkoholfogyasztás között két korcsoportban

Az első érték a középiskolás csoport, a második érték az egyetemista csoport eredményeit tükrözi. A jelölt sztenderdizált hatások esetében érvényes: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

### 8.3.3.3 Nemek közötti különbségek tesztelése

Ezután két, a nemi különbségek tekintetében szigorított modell illeszkedését vizsgáltam az eredeti (M0), fent bemutatott modellhez képest. M1: feltételezi, hogy a problémás alkoholfogyasztás latens változójának faktortöltései a két nem esetében invariánsak, és M2:

feltételezi, hogy mind a faktortöltések, mind a strukturális útvonalak a két nem esetében invariánsak. Az eredmények alapján mindkét modell illeszkedési mutatói romlottak, de az elfogadható tartományba esnek: M1 ( $\chi^2_{HS}=14,503$ ;  $\chi^2_{CS}=3,328$  ;  $df=11$ ;  $CFI=0,994$ ;  $TLI=0,981$ ;  $RMSEA=0,034$  [0,000 – 0,061];  $SRMR=0,020$ ), valamint M2 ( $\chi^2_{HS}=39,258$ ;  $\chi^2_{CS}=19,570$  ;  $df=11$ ;  $CFI=0,960$ ;  $TLI=0,870$ ;  $RMSEA=0,089$  [0,068 – 0,112];  $SRMR=0,033$ ). A modellek közötti  $\chi^2$  különbségeket a Satorra-Bentler tesztnek vetettem alá, mely szerint M1 és M0 között nem romlott ( $\chi^2=15,728$ ;  $\Delta df 7$ ;  $p>0,01$ ), M2 és M0 között viszont szignifikánsan romlott az illeszkedés ( $\chi^2=57,621$ ;  $\Delta df 7$ ;  $p<0,001$ ). Ez az eredmény azt jelzi, hogy míg az alkoholfogyasztási problémák invarianciája a két nem között megtartott, addig az alkoholfogyasztási motivációk a két nemnél már eltérően működhetnek.

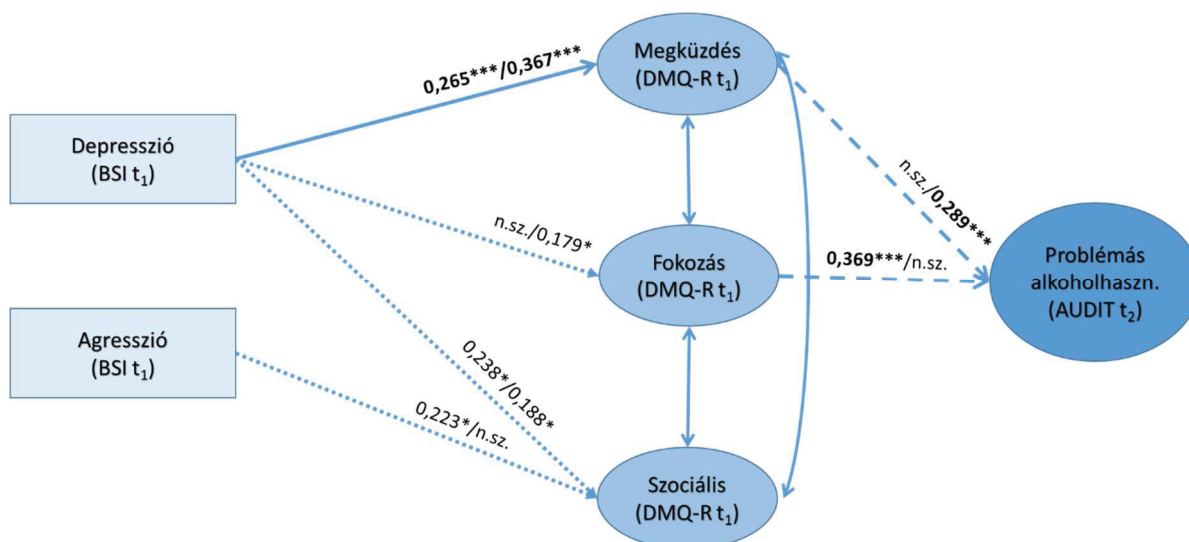
Éppen ezért következő lépésként a két mintát (HS és CS) külön kezeltem és megnéztem a nemek közötti különbségek hatásait.

Elsőként a középiskolások modelljét vizsgálva azt találtam, hogy a modell illeszkedési mutatói gyengültek ( $\chi^2_{FFI}=11,047$ ;  $\chi^2_{NŐ}=2,884$  ;  $df=4$ ;  $CFI=0,967$ ;  $TLI=0,881$ ;  $RMSEA=0,035$  [0,000 – 0,060];  $SRMR=0,034$ ), mely feltehetően az alacsonyabb elemszámnak tudható be. A szenderizált hatásokat (szh) a 11.ábra<sup>2</sup> mutatja be. Látható, hogy csupán három útvonal szignifikáns: A depresszió – megküzdés ( $szh_{FFI}= 0,265$ ;  $p<0,001$  /  $szh_{NŐ}= 0,367$ ;  $p<0,001$ ) mindkét nem esetében, a fokozás - problémás alkoholhasználat ( $szh_{FFI}= 0,369$ ;  $p<0,001$ ) a férfiak esetében, és a megküzdés – problémás alkoholhasználat ( $szh_{NŐ}= 0,289$ ;  $p<0,001$ ) a nők esetében. A szociális motiváció a középiskolások esetében nem jósolta be az egy évvel később mért problémás alkoholhasználatot.

A középiskolás nők esetében a modell a későbbi problémás alkoholhasználat varianciájának ( $R^2$ ) 38,8%-át, a férfiak esetében pedig 23,6%-át magyarázza.

---

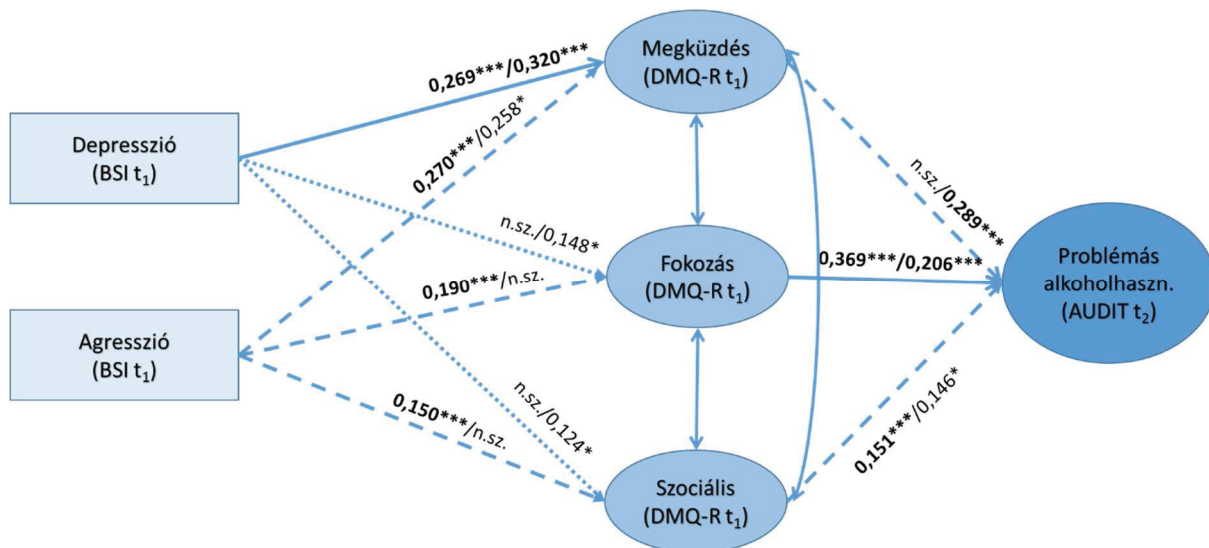
<sup>2</sup> A pontozott vonal azt jelzi, hogy az eredmény egyik csoport esetében sem szignifikáns  $p<0,001$  szinten, itt tehát csak tendencia szintű hatásokat lehet feltételezni. A szaggatott vonal részben (csak az egyik csoport esetében) szignifikáns hatást jelez. A teljes vonal mindkét csoport esetében szignifikáns hatást jelez. Az oda-vissza irányú nyilak a motivációk közötti kovarianciát jelzik.



11. ábra: Az alkoholfogyasztási motivációk mediáló szerepe az első időpontban mért pszichopatológiai tünetek és a későbbi problémás alkoholhasználat között középiskolások körében, nemi különbségeket vizsgálva

Az egyetemisták nemenkénti megoszlását vizsgáló modelljének esetében erősebb illeszkedési mutatókat találtam ( $\chi^2_{\text{FFI}}=0,165$ ;  $\chi^2_{\text{NÖ}}=0,327$ ;  $df=4$ ; CFI=1,000; TLI=1,029; RMSEA=0,000 [0,000 – 0,060]; SRMR=0,005). Esetükben a szenderizált hatásokat (szh) a 12. ábra<sup>3</sup> mutatja be. Látható, hogy itt a középiskolásokhoz képest már komplexebb a kép. Az első lényeges különbség, hogy az egyetemisták esetében már mindhárom motiváció szignifikánsan bejósolja az egy évvel későbbi problémás alkoholfogyasztást, ugyanakkor a két nemben eltérően. A fokozás motivációja az, amely mindkét nem esetében szignifikáns hatást gyakorol ( $\text{szh}_{\text{FFI}}=0,369$ ;  $p<0,001$  /  $\text{szh}_{\text{NÖ}}=0,206$ ;  $p<0,001$ ) és a férfiak esetében egyúttal ez a legerősebb mért hatás a modellben. A nők esetében a megküzdés és a problémás alkoholhasználat között is szignifikáns hatást találtam ( $\text{szh}_{\text{NÖ}}=0,289$ ;  $p<0,001$ ), a férfiak esetében pedig a szociális motiváció és a problémás alkoholhasználat között ( $\text{szh}_{\text{FFI}}=0,151$ ;  $p<0,001$ ). A tünetek hatása a motivációkra a nők esetében csak a depresszió-megküzdés ( $\text{szh}_{\text{NÖ}}=0,320$ ;  $p<0,001$ ) útvonalon volt szignifikáns, mely egyúttal a nők esetében a legerősebb mért hatás volt az egész modellben. A férfiak esetében a depresszió egyáltalán nem, viszont az agresszió minden motivációra nézve szignifikáns hatást mutatott. Csökkenő sorrendben: agresszió – megküzdés ( $\text{szh}_{\text{FFI}}=0,270$ ;  $p<0,001$ ), agresszió – fokozás ( $\text{szh}_{\text{FFI}}=0,190$ ;  $p<0,001$ ), és agresszió – szociális ( $\text{szh}_{\text{FFI}}=0,150$ ;  $p<0,001$ ). A egyetemista férfiak és nők esetében a modell a későbbi problémás alkoholhasználat varianciájának ( $R^2$ ) megegyezően 35,5 %-át magyarázza.

<sup>3</sup> A pontozott vonal azt jelzi, hogy az eredmény egyik csoport esetében sem szignifikáns  $p<0,001$  szinten, itt tehát csak tendencia szintű hatásokat lehet feltételezni. A szaggatott vonal részben (csak az egyik csoport esetében) szignifikáns hatást jelez. A teljes vonal mindkét csoport esetében szignifikáns hatást jelez. Az oda-vissza irányú nyilak a motivációk közötti kovariációt jelzik.



12. ábra: Az alkoholfogyasztási motivációk mediáló szerepe az első időpontban mért pszichopatológiai tünetek és a későbbi problémás alkoholhasználat között egyetemisták körében, nemi különbségeket vizsgálva

#### 8.3.3.4 Indirekt hatásokat

A nemi különbségeket vizsgáló modell esetében megnéztem a motivációk indirekt hatást is, tehát azt, hogy mely első időpontban mért pszichopatológiai tünetek fejtik ki hatásukat az első időpontban mért alkoholfogyasztási motivációkon keresztül a későbbi alkohollal kapcsolatos problémákra. Eredményeim szerint az egyetemisták esetében két útvonal lett szignifikáns: depresszió<sub>1</sub>→megküzdés<sub>1</sub>→AUDIT<sub>2</sub> (szh<sub>CS</sub>=0,080; p<0,001) a lányoknál, és ellenségesség/agresszió<sub>1</sub>→fokozás<sub>1</sub>→AUDIT<sub>2</sub> (szh<sub>CS</sub>=0,094; p<0,001) a fiúknál. A középiskolások esetében csak a lányoknál találtam egy szignifikáns útvonalat, mely az egyetemistáival megegyező: depresszió<sub>1</sub>→megküzdés<sub>1</sub>→AUDIT<sub>2</sub> (szh<sub>HS</sub>=0,120; p<0,001) a lányoknál.

#### 8.3.4 Diszkusszió

Kutatásunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk, vajon ez első időpontban mért pszichopatológiai tünetek az alkoholfogyasztási motivációkon keresztül milyen mértékben képesek bejósolni a későbbi alkoholfogyasztási problémákat. A hatások megvizsgálása érdekében direkt és indirekt útvonalakat is számításba vettünk, melyek a második időpontban mért problémás alkoholfogyasztás kimeneti változójához elvezethetnek. Eredményeink igazolják a korábbi kutatások elsődleges feltevéseit, miszerint a pszichopatológiai tünetekkel leginkább a negatív motivációk függenek (pl: Cooper, 1995). Armeli és munkatársai (2010) egy 4 éven át tartó longitudinális kutatás során a negatív megerősítésű motivációk helyett inkább az internális motivációk hatását hangsúlyozza. Az alkoholfogyasztási motivációk mellett a depressziós és szorongásos tünetek előfordulását is figyelemmel kísérték. Azt találták, hogy a fokozásos ivók esetében a depressziós tünetek, a megküzdéses ivóknál pedig a

szorongásos tünetek száma emelkedett, emellett mindkét csoportban az alkoholfogyasztás gyakorisága is emelkedett (a fogyasztott mennyiséget illetően nem szolgáltak információval). Eredményeink szerint a két internális motiváció (megküzdés és fokozás) már korán, a középiskolások körében kettéválik a nemek szerint és eltérően jósolják be a később kialakuló esetleges alkoholproblémákat. Míg nőkre a negatív megerősítésű, férfiakra a pozitív megerősítéssel működő motivációk hatása jellemző inkább hosszú távon is. A modell eredményei szerint a motivációk közvetítő szerepe arra is kihat, hogy mely pszichopatológiai tünetekre reagálnak a fiatalok. A fiatal férfiaknál inkább az agresszív, míg a fiatal nőknél inkább a depresszív tünetek hatnak az alkoholfogyasztási motivációkra, és az a hatás hosszú távon is kimutatható. A legkorábbi, egyúttal aggasztó jelenség, mely mindenképpen felhívja magára a figyelmet, az a depresszió hosszútávú hatása, mely már a középiskolás lányok esetében is megjelent. Az adott életszakasz sajátossága, miszerint a fiatal lányok lelki egyensúlya komoly kihívásnak van kitéve, és ezáltal a depressziós tünetek gyakoriságának növekedése is előfordul (Pikó és Fitzpatrick, 2003). Ebben a periódusban a megnövekedett autonómiaigény, a családtól való függetlenedés vágya, egyúttal a kortárs csoportok szerepének felértékelődése (Pikó, 2010), valamint az ezzel párhuzamosan jelenlévő alkohol, mint a felnőttiség és a szabadság szimbóluma (Pikó, 2007), az általam vizsgálat populációban különösen hangsúlyos lehet. A vizsgálatban résztvevők többsége a család nyújtotta biztonságos, óvó környezetet elhagyva, pont ekkor költözik fel a fővárosba, mely egyszerre táplálja az autonómiaigényt és okozhatja az elhagyatottság érzését. Egy vizsgálatban, amely az egyetemisták önmagukról alkotott negatív képen keresztül mérte a depresszió mértékét, a kapott értékeket a Bowlby-féle kötődési mintázat alapján levezetett mértékkel kapcsolták össze. Az elemzés feltárta, hogy a kötődési folyamat során kialakított negatív én-kép nagymértékben képes előrejelteni a megküzdéses típusú motivációt, és egyúttal a problémás alkoholfogyasztási szokásokat is (McNally és mtsai, 2003). Ez a hatás olyannyira meghatározó, hogy újabban felmerült a négyfaktoros modell egy további faktorról történő bővítésének lehetősége, a megküzdéses motiváció szétbontásával (Grant és mtsai, 2007). Az elképzelés szerint a megküzdés egy szorongó és egy depressziós típusra bomlik. Kutatások igazolják a kettő közötti különbséget, hogy míg a depresszióval a fokozódó, addig a szorongással a visszafogott alkoholfogyasztás jár együtt (Graham és mtsai, 2007). Ez utóbbi logikus magyarázatot adhat arra a tényre is, hogy a fenti modellünkben miért nem szerepeltek a szorongásos tünetek.

Eredményeink alapján úgy tűnik, hogy míg a középiskolásoknál a motivációk esetében a legtöbb variációt a depresszió tünete magyarázza meg, addig az egyetemisták esetében az ellenségesség a leghangsúlyosabb tényező. Az ellenségesség/agresszió szerepe már a legkorábbi, fiatalok szerhasználatáról szóló elméletekben megjelenik. Jessor (1977) problémás magatartás elméletének központi eleme az agresszív, antiszociális viselkedésforma, mely tanulmányi és beilleszkedési nehézségeket okozva addiktív viselkedésformákhoz vezethet. Az eredmények alapján az ellenségesség/agresszió és szociális motiváció közötti kapcsolat arra utal, hogy a fokozás és szociális motivációk mögött hasonló működésmód áll.

Wurmser (1974) és Khantzian (1975) is a drog- és alkoholhasználat érzelmi deficit okozta kompenzáció eszközeként látja. Elképzelésük szerint az alkoholfüggők, használatuk révén próbálják meg kezelni az érzelmeik (pl.: düh, szégyen, büntudat, szomorúság) okozta fájdalmakat, melyeknél az elhárító mechanizmusok kudarcot vallottak. Az externalizáció, vagyis a probléma kívülre helyezése és cselekvéses formába öntése, Wurmser (1995) szerint az alkoholfogyasztó egyik elhárítási formája, melyen keresztül megpróbálja az onnipotens kontrollt visszanyerni a kontrollálhatatlan felett. Az alkoholhasználat tehát az externalizáció egyik formája, de az agresszió is különösen fontos kifejeződése lehet. Az agresszió gyakran nárcisztikusan telített, de legtöbb esetben súlyos traumában gyökeredzik, s nem csak kifelé, hanem befelé is irányulhat öndestrukció formájában. Később Khantzian (1985) is kiemeli, hogy a droghasználat csupán másodlagos jellegű, és célja az elsődleges pszichopatológiai problémák elfedése. A szer választása sem véletlen, hiszen elképzelése szerint a személy attól függően fog valamilyen szerhez nyúlni, hogy milyen jellegű a személyisége, pszichopatológiája vagy érzelemszabályozási zavara. Ennek fényében úgy tűnik, hogy fenti modellünkkel a depresszív és agresszív tünetekkel rendelkező kórképek alkohollal történő öngyógyászati útvonalaikat tárhattuk fel.

Összességében elmondható, hogy ebben a sajátos kihívásokkal terhelt, életszakaszi váltásban lévő fiatalok utánkövetése esetében két tünet: az ellenségesség és a depresszió voltak a hosszútávon meghatározó tényezők. Kuntsche és Gmel (2004) a nagyivókat két csoportra osztja, majd feltárja motivációs hátterüket is (Kuntsche, 2010a) az (1) a fejlett szociális készségekkel rendelkező, esetenként agresszív magatartást tanúsító nagyivók, akik leggyakrabban társaságban isznak és (2) a szociálisan gátolt, szorongó és depresszív tünetekkel jellemezhető csoport, akik az előbbi csoportnak gyakran áldozatul esnek, ezért gyakran magányosan isznak.



## 9 ÖSSZEGZÉS

---

A disszertáció célja a motivációs modell igazolása volt különböző korú és alkoholfogyasztási mintázatokban és súlyosságukban eltérő populációkban. Emellett célom volt, hogy feltérképezsem az alkoholfogyasztási motivációk fejlődését, hosszútávú bejósoló erejét a problémásság tekintetében, valamint összefüggését különböző pszichopatológiai háttértényezőkkel.

Alább a 6 vizsgálat főbb eredményeit összegzem.

### 9.1 KERESZTMETSZETI VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEINEK ÖSSZEGZÉSE:

1. A motivációs modell négyfaktoros struktúrája stabilitást mutatott három korcsoportban és egy klinikai mintán, ugyanakkor a vizsgálat rámutatott a DMQ-R hosszú, 20 tételes kérdőív gyengeségeire és arra, hogy a DMQ-R-SF rövid, 12 tételes kérdőív viszont jó pszichometria adottságokkal rendelkezik, több korosztályban és súlyos problémákkal küzdő, klinikai populáció esetében is jól működő, gyors felvételt biztosító mérőeszköz lehet.
2. A keresztmetszeti vizsgálatok rámutattak arra, hogy a fokozásos skála belső megbízhatósága az egyetemista és a klinikai mintán kismértékben sérül, ami feltehetőleg egy tétel („... mert jó buli alkoholt inni”) alacsony faktortöltésének köszönhető, valamint a két másik minta esetében is alacsony Cronbach- $\alpha$  értékeket eredményezett. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy az idősebb populációban ez a tétel nehezen értelmezhető, vagy félrevezető lehet.
3. A motiváció bejósoló erejét vizsgáló kutatásaim arra jutottak, hogy fiatalabb korosztályban a problémát leginkább az impulzív, időszakos ivászat, míg a kor előrehaladtával inkább a lelki fájdalmak enyhítése érdekében történő ivás okozza a legtöbb problémát.
4. Ha a problémás alkoholfogyasztás háttérében álló motivációk fejlődési folyamatát tekintjük át, arra juthatunk, hogy eleinte mozgatórugók egyaránt lehetnek internális és externális eredetűek, de a problémássággal és a kor előrehaladtával a háttérben álló motiváció specifikálódik, internalizálódik és végül már csak a megküzdéses motiváció jellemzi.
5. Kutatásaink újdonsága, hogy a négyfaktoros elméletet klinikai populáción is teszteli. A klinikai populációban két típus látszik elkülönülni: (1) a feltehetőleg depresszív és/vagy szorongásos tünetekkel jellemezhető alkoholbetegek, akik esetében a *megküzdés motivációja*



dominál, és leginkább azért isznak, hogy enyhítsenek pszichés problémáikon, valamint (2) a problémás nagyivók, akiknél a háttérben a *fokozás motiváció* áll, és negatív érzelmi állapotok bekövetkezése esetén, a feszültség levezetése érdekében, a társas helyzeteket keresik.

6. Kutatásaink 4 látens motivációs profilt eredményeztek, melyek 2 dimenzió mentén (kor, és alkoholfogyasztási probléma megléte), az alábbiak szerint rendeződnek: 1: fiatal/nincs probléma, 2: fiatal/van probléma, 3: idős/nincs probléma, 4: idős/van probléma.

## **9.2 LONGITUDINÁLIS VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEINEK ÖSSZEGZÉSE:**

1. A fokozásos motiváció, mint a nagyivás egyik legjobb bejósolója ebben a két populációban nagyfokú változásokon megy keresztül, feltehetőleg azért, mert a nagyivás addig betöltött funkciója változik.
2. Kutatásunk alapján elmondható, hogy a DMQ-R-SF időbeli stabilitását sikerült igazolni. Az első vizsgálat eredményeihez hasonlóan a fokozásos skála belső konzisztenciáját mérő Cronbach- $\alpha$  mutató megint alacsony értéket mutatott, ráadásul a problémákra történő bejósoló ereje is csökkent
3. A megküzdéses motiváció hosszútávon stabilan előrejelzi az alkoholfogyasztási problémákat. De fiatalabb korban a motivációk még alakíthatóak, és a későbbi problémák kialakulása tekintetében kevésbé meghatározóak.
4. Az életszakaszbeli váltás másképpen csapódik le a két vizsgált populáció alkoholfogyasztási szokásain. Míg a középiskolások esetében mind a nagyivás mind a problémás alkoholfogyasztás tekintetében súlyosbodást, addig az egyetemisták körében csökkenést tapasztalunk.
5. Az életszakaszi váltásban lévő fiatalok utánkövetése esetében két tünet: az ellenségesség és a depresszió voltak a hosszútávon meghatározó tényezők. Az útmodell segítségével a fiatal problémás alkoholfogyasztók két csoportra oszthatók, az (1) a fejlett szociális készségekkel rendelkező, esetenként agresszív magatartást tanúsító nagyivók, akik leggyakrabban társaságban isznak és (2) a szociálisan gátolt, szorongó és depresszív tünetekkel jellemezhető nagyivók, akik az előbbi csoportnak gyakran áldozatul esnek, ezért gyakran magányosan isznak. (Kuntsche és mtsai, 2004 kapcsán)
6. Eredményeink alapján úgy tűnik, hogy míg a középiskolásoknál a motivációk esetében a legtöbb varianciát a depresszió tünete magyarázza meg, addig az egyetemisták esetében az

ellenségesség a leghangsúlyosabb tényező. A depresszió hosszútávú hatása a megküzdéses motiváción keresztül a leghangsúlyosabban a középiskolás lányok esetében jelent meg.

## 10 KÖVETKEZTETÉSEK

---

Összességében elmondható, hogy a nagyivás, ami epidemiológiai adatok szerint leginkább a serdülőkorú és fiatal felnőtt populációt érinti, egy rendkívül nehezen definiálható, nemtől és kulturális tényezőkről erősen függő, összetett jelenség. Biológiai, genetikai háttere kevésbé feltárt és a kapcsolatos pszichológiai kutatások is csak az utóbbi évtizedben kezdtek fellendülni. Ugyanakkor a jelenség kutatása és megfelelő prevenciós programok kidolgozása sürgető, hiszen a nagyivással jellemezhető fiatalok többszörös, hosszú- és rövidtávú rizikófaktoroknak vannak kitéve. Ígéretes irányzatnak tűnik az alkoholfogyasztás elvárásaival, és motivációs hátterével foglalkozó, kognitív irányzat, mely magyarázatot adhat az ivási mintázatok eltérő alakulására, és arra, hogy vajon a fiatalkori intenzív alkoholfogyasztás miért vezet egyesek esetében alkoholizmushoz, míg más esetekben ez a fogyasztási mintázat teljesen eltűnik.

A klinikai vizsgálatok alátámasztják, hogy a multifaktoriális eredetű alkoholbetegség kialakulásában számos tényező szerepet játszhat. A genetikai, neurobiológiai faktorok, a pszichológiai személyiségbeli tényezők, a környezeti hatások és az alkohol elérhetősége egyaránt előfordulhatnak és egyenként változó mértékű befolyást gyakorolnak a betegség kialakulására (Környei és Kassai-Farkas, 2009). Addiktológiai betegek esetében általánosan elfogadott tény a motiváció feltérképezésének igénye, ami nem csak a leszokásra való motiváltságra, de az esetleges későbbi fogyasztás hátterében álló okokra és motivációkra is vonatkozik, hisz az egyik legfontosabb eleme az addiktológiai kezelésnek a relapszusprevenció lefedése. Általános érvényű az a megállapítás, hogy az alkoholbetegek pszichoterápiája komplex folyamat, több síkon, több módszer szerint megy végbe, ugyanakkor minden egyes érintett kezelése egyéni sajátosságokat, egyedi jellegzetességeket mutat. Így a terápia is egyedi, mindig a kliens aktuális állapotához és motiváltságához, szükségleteihez kellene alkalmazkodjon, egyedi intervenciók alkalmazásával. A kutatás eredményeit ily módon is érdemes lenne a gyakorlatban, prevenciós vagy intervenció programok tervezésekor alkalmazni. A profilok segítségével kialakított intervenció csoportok fókuszáltabban tudják megközelíteni az adott problémát, ami további előnyöket hozhat, hiszen a személyre szabott, egyéni problémákra fókuszáló intervenciók hatékonysága a többi, általánosabb szemléletű programmal szemben többszörösen igazolt.

Longitudinális kutatási eredmények hasznosíthatósága is felmerül, hiszen kimutattuk, a megküzdéses motiváció hosszútávú stabilitását és összefüggését a problémás fogyasztással, Ezáltal arra következtetésre jutottunk, hogy amennyiben a fiatal azért iszik, hogy a problémáit, rossz hangulatát enyhítse, és ez idővel nem enyhül, akkor a negatív érzelmi állapotok erősödésével együtt az alkoholfogyasztás is egyre problémásabbá válik. Eredményeink a gyakorlatban arra tesznek javaslatot, hogy a jövőbeni prevenciók és intervenciók fokozott feladata a megküzdéses motivációra történő fókuszolásban merül ki.

A fokozásos motiváció alakíthatósága és időbeli változékonysága, mind a longitudinális, mind a keresztmetszeti vizsgálatban alátámasztást nyert. Ezek az eredmények egybeesnek a korábbi vizsgálatunk (Németh és mtsai, 2012) konklúziójával, ahol ugyanígy a rövid kérdőív faktorstruktúráját erősítettük meg, valamint ugyanennek a tételnek az alacsony faktortöltését tapasztaltuk egy egyetemista mintán. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy az idősebb populációban ez a tétel nehezen értelmezhető, vagy félrevezető lehet. Jövőbeli kutatások célkitűzése lehet egy olyan univerzális kérdőív kidolgozása, mely minden korosztály számára világosan megfogalmazott tételeket tartalmaz és az alkoholproblémák súlyosságától függetlenül alkalmazható a motivációk mérésére.

Az életszakaszbeli váltást vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a két vizsgált korosztály alkoholfogyasztási szokásai eltérően változnak. Míg a középiskolások esetében mind a nagyivás mind a problémás alkoholfogyasztás tekintetében súlyosbodást, addig az egyetemisták körében csökkenést tapasztalunk. Ezek az eredmények alátámasztják a korábban tárgyalt társadalmi szocializációs és szerepmódosulási elméleteket. A vidéki középiskolásoknál, a városba felköltözve, az egyetemi élet megkezdésével együtt a problémák súlyosbodását is tapasztaljuk. Ezzel szemben pedig az egyetemistáknál a társadalmi szerepek módosulásával és a felelősség növekedésével a problémák enyhülését tapasztaljuk. Feltételezzük, hogy amennyiben az egykori középiskolás vagy egyetemista elhelyezkedik, munkahelyet talál és családot alapít, a szerepek átalakulnak és átértékelődnek. Gyakorlati szempontból ez arra utal, hogy a prevenció és intervenció a jól körühatárolt egyéni életcélok megfogalmazására kell, hogy törekedjen, és ösztönözze a fiatalokat arra, hogy saját életük alakításában elkezdjenek szerepet vállalni.

Eredményeink szerint fiatalabb korban az alkoholfogyasztási motivációk még jobban változtathatóak, mely felhívja a figyelmet a korai prevenció fontosságára. A motivációkra épülő prevenciós programok a középiskolásoknál nagyobb hatást érhetnek el, mint az egyetemistáknál. Mindemellett a középiskolások esetében a prevenciós programok

megtervezése még sürgetőbb is, különös tekintettel azokra a vidéki középiskolásokra, akik később kollégiumokba költöznek továbbtanulás céljából, ahol a szülői figyelem csökkenésével párhuzamosan a kortárshatás nő. Az eredmények fokozottan felhívják a figyelmet a középiskolás lányokra, akik úgy tűnik, hogy ebben az életszakaszbeli váltásban különösen ki vannak téve az alkoholfogyasztás súlyosbodási veszélyének.

További, gyakorlatban megfontolandó eredmény a két elkülönülő fiatal alkoholfogyasztó (1) az agresszív magatartást tanúsító, akik fokozásos motivációval jellemezhető és leggyakrabban társaságban isznak és (2) szorongó és depresszív tünetekkel jellemezhető, akik megküzdéses motivációval jellemezhető és az előbbi csoportnak gyakran áldozatul esnek, ezért gyakran magányosan isznak. Eredményeink alátámasztják, hogy a két csoport eltérő megelőző-fejlesztő programokat igényel. Feltételezéseink szerint a megküzdéses ivóknak elsősorban az életvezetési készségek fejlesztésére van szükségük, továbbá a stressz-szint csökkentésére, a megküzdési képességek fejlesztésére és önértékelés erősítésére. A fokozásos ivók, mivel főleg társas helyzetekben isznak, nekik főleg társas hatásokon alapuló prevenciós programokra van igényük, különös tekintettel az asszertív technikára, melyek segítségével képesek ellenállni a felkínált italnak, és a kortárshatásnak.

Összefoglalva a gyakorlati szempontokat, egyrészt alkalmazhatjuk a kérdőív kitöltését egy korai szűrés eszközeként, melynek segítségével a veszélyeztetett fiatalok azonosíthatók. Ez történhet aktív visszacsatolási folyamat keretében is, mely során visszajelezzük az eredményeket és azokra reflektálva beszélhetjük át a rövid és hosszútávú kockázati tényezőket. Másrészt pedig alkalmazhatjuk a prevenció és intervenció területén a személyre szabott munkamód kialakítására, csoportok szervezésekor, vagy akár hosszútávú előrejelzések és problémafókuszú terápiák célzott megtervezése keretében.

## 11 IRODALOMJEGYZÉK

---

- Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., Gasbarrini, G. (2005). Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addictive Behaviors*, 30, 1209–24.
- Alhström, S., Gmel, G., Mäkelä, P., Näsänen, J. (2005). Drinking contexts in European countries. In Bloomfield, K. (szerk.) *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-National Study*. Berlin: Charité Universitätsmedizin.
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., Babor, T. F. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–9.
- Almasy, L., Porjesz, B., Blangero, J., Goate, A., Edenberg, H. J., Chorlian, D. B., Kuperman, S., O'Connor, S. J., Rohrbaugh, J., Polich, J., Bauer, L. O., Rice, J., Reich, T., Begleiter, H. (2001). Genetics of event-related brain potentials in response to a semantic priming paradigm in families with a history of alcoholism. *American Journal of Human Genetics*, 68, 128–35.
- Anderson, A. D., Simmons, A. M., Martens, M. P., Ferrier, A. G., Sheehy, M. J. (2006). The relationship between disordered eating behavior and drinking motives in college-age women. *Eating Behaviors*, 7(4), 419–22.
- Anderson, K., Plant, M. (1996). Abstaining and carousing: Substance use among adolescents in the Western Isles of Scotland. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 189–96.
- Anderson, P., Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Ariza, C. C., Nebot, A. M. (2000). Factors associated with problematic alcohol consumption in school-children. *Journal of Adolescent Health*, 27(6), 425–33.
- Armeli, S., Conner, T. S., Cullum, J., Tennen, H. (2010). A longitudinal analysis of drinking motives moderating the negative affect-drinking association among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(1), 38–47.
- Babor, T. F., Dolinsky, Z. S., Meyer, R. E., Hesselbrock, M., Hoffmann, M., Tennen, H. (1992). Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction*, 87, 1415–31.
- Babor, T. F., Biddle-Higgins, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homer, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. (2004). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. (1994). Sensation seeking, substance abuse, and psychopathology in treatment-seeking and community cocaine abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1053–7.

- Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J. C., Kranzler, H. R., Rounsaville, B. J. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 545–53.
- Bácskai E., Gerevich J. (2000). *A kortárssegítés tanári kézikönyve*. Vác: Egészséges Ifjúságért Alapítvány.
- Bear, J. S. (2002) Student factors: Understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol, Suppl4*, 40–53.
- Begleiter, H., Platz, A. (1972). The effects of alcohol on the central nervous system in humans. In Kissin, B., Begleiter, H. (szerk.) *The Biology of Alcoholism. Physiology and Behavior*, Vol. 2. New York: Plenum Press. 293–343.
- Belec B., Paulik E., Balogh S., Hajnal F., Nagymajtényi L. (2004). Az iskolázottság hatása az egészségi állapotra Csongrád megyében. *Medicus Universalis*, 37(1), 11–6.
- Birch, C. D., Stewart, S. H., Wiers, R. W., Klein, R. M., MacLean, A. D., Berish, M. J. (2008). The mood-induced activation of implicit alcohol cognition in enhancement and coping motivated drinkers. *Addictive Behaviors*, 33, 565–81.
- Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Gonnelli, C., Massei, G. J., Ravani, L., Girelli, M., Delloso, L., Cassano, G. B. (2007). Reasons for substance use and vulnerability factors in patients with substance use disorder and anxiety or mood disorders. *Addictive Behaviors*, 32, 384–91.
- Blum, K., Noble, E. P., Sheridan, P. J., Montgomery, A., Ritchie, E. T., Jagadeeswaran, P. (1990). Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *Journal of the American Medical Association*, 263(15), 2055–67.
- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastera, V. J., Miller, D., Lubar, J. O., Chen, T. J., Comings, D. E. (2000). Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs, Suppl32*, 1–112.
- Blumenthal, H., Leen-Feldner, E. W., Frala, J. L., Badour, C. L., Ham, L. S. (2010). Social anxiety and motives for alcohol use among adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 529–34.
- Bodrogi A. (1998). Integrált pszichiátriai ellátás az alkoholbetegek kezelésében. *Pszichoterápia, Suppl*, 65–75.
- Bradizza, C. M., Reifman, A., Barnes, G. M. (1999). Social and coping reasons for drinking: Predicting alcohol misuse in adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 491–9.
- Brennan, A. F., Walfish, S., Aubuchon, P. (1986). Alcohol use and abuse in college students: A review of individual and personal correlates. *International Journal of Addictions*, 21, 449–74.
- Broner, R. K., Templer, D., Svikis, D. S., Schmidt, C., Monopolis, S. (1990). Dimensions of alcoholism: A multivariate analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 77–81.



- Browman, K. E., Crabbe, J. C. (1999). Alcohol and genetics: New animal models. *Molecular Medicine Today*, 5, 310–8.
- Brown, J., Finn, P. (1982). Drinking to get drunk: Findings of a survey of junior and senior high school students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 27, 13–25.
- Brown, S. A., Goldman, M. S., Inn, A., Anderson, L. R. (1980). Expectations of reinforcement by alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 419–26.
- Brown, S. A. (1985). Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome after a one-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 304–8.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–99.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.
- Buckner, J. D., Eggleston, A. M., Schmidt, N. B. (2006). Social anxiety and problematic alcohol consumption: The mediating role of drinking motives and situations. *Behavior Therapy*, 37(4), 381–91.
- Buda B. (2007). *Fókuszban a hazai alkoholpolitika*. Előadás a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet és az Országos Addiktológiai Intézet országos szakmai tanácskozásán, Budapest, 2007. február 13.
- Burke, R. S., Stephens, R. S. (1999). Social anxiety and drinking in college students: A social cognitive theory analysis. *Clinical Psychology Review*, 19(5), 515–30.
- Caldwell, L. C., Schweinsburg, A. D., Nagel, B. J., Bartlett, V. C., Brown, S. A., Tapert, S. F. (2005). Gender and adolescent alcohol use disorders on BOLD (Blood Oxygen Level Dependent) response to spatial working memory. *Alcohol & Alcoholism*, 40(3), 194–200.
- Camatta, C. D., Nagoshi, C. T. (1995). Stress, depression, irrational beliefs, and alcohol use and problems in a college student sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(1), 142–5.
- Carey, K. B. (1993). Situational determinants of heavy drinking among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 40(2), 217–20.
- Carey, K. B., Correia, C. J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 100–5.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S. (1998). A prospective evaluation of the relationship between reasons for drinking and DSM-IV alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 23(1), 41–6.
- Cheng, H., Furham, A. (2013). Correlates of adult binge drinking: Evidence from a British cohort. *PloS ONE* 8(11), e78838.
- Clapp, J. D., Shillington, A. M. (2001). Environmental predictors of heavy episodic drinking. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2), 301–13.



- Clerkin, E. M., Barnett, N. (2012). The separate and interactive effects of drinking motives and social anxiety symptoms in predicting drinking outcomes. *Addictive Behaviors*, 37(5), 674–7.
- Cloninger, C. R., Siverdsson, S., Bohmann, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12, 494–505.
- Cloninger, C. R., Soren, S. (1996). Type I and Type II alcoholism: An update. *Alcohol Health Research World*, 20(1), 18–23.
- Colder, C. R., O'Connor, R. (2002). Attention biases and disinhibited behavior as predictors of alcohol use and enhancement reasons for drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 325–32.
- Comeau, N., Stewart, S. H., Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26(6), 803–25.
- Connor, J. P., Young, R. M., Lawford, B. R., Ritchie, T. L., Noble, E. P. (2002). D2 dopamine receptor (DRD2) polymorphism is associated with severity of alcohol dependence. *European Psychiatry*, 17, 17–23.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., Mudar, P. (1992a). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 139–52.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Windle, M. (1992b). Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment*, 4(2), 123–32.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117–128.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990–1005.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B., Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68(6), 1059–88.
- Cox, W. M. (1987). Personality theory and research. In Blane, H. T., Leonard, K. E. (szerk.) *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press. 55–84.
- Cox, W. M., Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168–80.
- Cox, W. M., Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change and alcohol use: A model. In Cox, W. M. (szerk.) *Why people drink? Parameters of alcohol as a reinforcer*. New York/Oxford: Gardner Press. 291–314.
- Crews, F., He, J., Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiciton. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 86, 189–99.

- Cronin, C. (1997). Reasons for drinking versus outcome expectancies in the prediction of college student drinking. *Substance Use and Misuse*, 32, 1287–311.
- Crutzen, R., Kuntsche, E., Schelleman-Offermans, K. (2013). Drinking motives and drinking behavior over time: A full cross-lagged panel study among adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(1), 197–201.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dackis, C. A., Gold, M. S. (1986). More on self-medication and drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 143(10), 1309–10.
- Daepfen, J. B., Yersin, B., Landry, U., Pécoud, A., Decrey, H. (2000). Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a general Health Risk Screening Questionnaire: Result of a survey in 332 primary care patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 659–65.
- De Houwer, J., Crombez, G., Koster, E. H. W., De Beul, N. (2004). Implicit alcohol-related cognitions in a clinical sample of heavy drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 275–86.
- Demetrovics Zs. (2007). *A droghasználat funkciói*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Derogatis, L. R. (1983). *The Symptom Checklist-90-Revised*. New Jersey: Pearson Assessments.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual (4th ed.)*. Minneapolis, MN: NCS Pearson, Inc.
- DiGrande, L., Perrier, M. P., Lauro, M. G., Contu, P. (2000). Alcohol use and correlates of binge drinking among university students on the Island of Sardinia, Italy. *Substance Use and Misuse*, 35(10), 1471–83.
- Dixon, L. J., Leen-Feldner, E. W., Ham, L. S., Feldner, M. T., Lewis, S. F. (2009). Alcohol use motives among traumatic event-exposed, treatment-seeking adolescents: Associations with posttraumatic stress. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1065–8.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T. M., Stronks, K., van de Mheen, D., Mackenbach, J. P. (1999). Educational differences in excessive alcohol consumption: The role of psychosocial and material stressors. *Preventive Medicine*, 29(1), 1–10.
- Duaux, E., Krebs, M. O., Loo, H., Poirier, M. F. (2000). Genetic vulnerability to drug abuse. *European Psychiatry*, 15, 109–14.
- Durkheim, É. (1982). *Az öngyilkosság*. Budapest: KJK.
- Dutta, R., Boydell, J., Kennedy, N., van Os, J., Fearon, P., Murray, R. M. (2007). Suicide and other causes of mortality in bipolar disorder: A longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37, 839–47.

- Eaton, D. K., Forthofer, M. S., Zapata, L. B., Brown, K. R., Bryant, C. A., Reynolds, S. T., McDermott, R. J. (2004). Factors related to alcohol use among 6th through 10th graders: The Sarasota Country Demonstration Project. *Journal of School Health*, 74(3), 95–104.
- Ehlers, C. L., Schuckit, M. A. (1991). Evaluation of EEG alpha activity in sons of alcoholics. *Neuropsychopharmacology*, 4, 199–205.
- Elekes Zs., Liptay G. (1988). Különböző alkoholfogyasztású embertípusok összehasonlítása egy epidemiológiai vizsgálat tükrében. *Alkohológia*, 2, 1–18.
- Elekes Zs., Paksi B. (2002). *Budapesti középiskolások alkohol- és drogfogyasztása. Kutatási beszámoló*. Budapest: GYISM.
- Elekes Zs. (2004). *Alkohol és társadalom*. Budapest: OAI.
- Elekes Zs. (2009). *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. Budapest: L'Harmattan.
- Engs, R. C., Hanson, D. J., Diebold, B. A. (1996). The drinking patterns and problems of a national sample of college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 42(3), 13–33.
- Farber, P. D., Khavari, K. A., Douglass, F. M. 4th (1980). A factor analytic study of reasons for drinking: Empirical validation of positive and negative reinforcement dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(6), 780–1.
- Ferguson, R. A., Goldberg, D. M. (1997). Genetic markers of alcohol abuse. *Clinica Chimica Acta*, 257, 190–250.
- Frances, R. J. (1997). The wrath of grapes versus the self-medication hypothesis. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 287–9.
- Frye, M. A., Salloum, I. M. (2006). Bipolar disorder and comorbid alcoholism: Prevalence rate and treatment considerations. *Bipolar Disorders*, 8, 677–85.
- Ghodsian, M., Power, C. (1987). Alcohol consumption between the ages of 16 and 23 in Britain: A longitudinal study. *British Journal of Addiction*, 82, 175–80.
- Gire, J. T. (2002). A cross-national study of motives for drinking alcohol. *Substance Use & Misuse*, 37(2), 215–33.
- Gliksmann, L. (1983). Developmental aspects of motivation to drink: A cross-sectional investigation. *Medicine and Law*, 2, 377–83.
- Goldsmith, A. A., Tran, G. Q., Smith, J. P., Howe, S. R. (2009). Alcohol expectancies and drinking motives in college drinkers: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety and heavy drinking in negative-affect. *Addictive Behaviors*, 34(6–7), 505–13.
- Goldsmith, R. J. (1993). An integrated psychology for the addictions: Beyond the self-medication hypothesis. *Journal of Addictive Disorders*, 12(3), 139–54.
- Gonzalez, V. M., Collins, R. L., Bradizza, C. M. (2009). Solitary and social heavy drinking, suicidal ideation, and drinking motives in underage college drinkers. *Addictive Behaviors*, 34(12), 993–9.

- Goodwin, L. (1989). Explaining alcohol consumption and related experiences among fraternity and sorority members. *Journal of College Student Development*, 30, 448–58.
- Goodwin, F. K., Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar and recurrent depression*. New York: Oxford University Press.
- Gotham, H. J., Sher, K. J., Wood, P. K. (1997). Predicting stability and change in frequency of intoxication from the college years to beyond: Individual-difference and role transition variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 619–29.
- Graham, K., Massak, A., Demers, A., Rehm, J. (2007). Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 78–88.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807–16.
- Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E., Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the five-factor Modified Drinking Motives Questionnaire – Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32, 2611–32.
- Hagenaars, J. A., McCutcheon, A. (2002). *Applied Latent Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ham, L. S., Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 719–59.
- Ham, L. S., Bonin, M., Hope, D. A. (2007). The role of drinking motives in social anxiety and alcohol use. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 991–1003.
- Havey, J. M., Dodd, D. K. (1993). Variables associated with alcohol abuse among self-identified collegiate COAs and their peers. *Addictive Behaviors*, 18, 567–75.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 693–704.
- Healey, C., Peters, S., Kinderman, P., McCracken, C., Morriss, R. (2009). Reasons for substance use in dual diagnosis bipolar disorder and substance use disorders: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders*, 113, 118–26.
- Heath, A. C. (1995). Genetic influences on alcoholism risk: A review of adoption and twin studies. *Alcohol Health & Research World*, 19, 166–71.
- Helasoja V., Lahelma E., Prattala R., Kasmel A., Klumbiene, J., Pudule, I. (2006). The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. *European Journal of Public Health*, 16(1), 8–20.
- Hill, E. M., Chow, K. (2002). Life-history theory and risky drinking. *Addiction*, 97, 401–13.

- Hingson, R. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health*, 26, 259–79.
- Hittner, J. B., Swickert, R. (2006). Sensation seeking and alcohol use: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 31, 1383–401.
- Holahan, C. J., Schutte, K. K., Brennan, P. L., Holahan, C. K., Moos, R. H. (2014). Episodic heavy drinking and 20-year total mortality among late life moderate drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(5), 1432–8.
- Holmila, M., Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: Why do they still exist. *Addiction*, 100, 1763 –9.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: Hillhouse.
- Jessor, R., Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth. New York, NY: Academic Press, Inc.
- Jessor, R., Turbin M. S., Costa F. M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 788–800.
- Johnson, B., Cloninger, C. R., Roache, J. D., Bordinck, P. S., Ruiz, P. (2000). Age of onset as a discriminator between alcohol subtypes in a treatment-seeking outpatient population. *The American Journal on Addictions*, 9, 17–27.
- Johnson, S. W., North, R. A. (1992). Opioids excite dopamine neurons by hyperpolarization of local interneurons. *The Journal of Neuroscience*, 12(2): 483–8.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. (1986). Why do the nation's students use drugs and alcohol? Self-reported reasons from nine national surveys. *The Journal of Drug Issues*, 16, 29–66.
- Jones, K. A., Porjesz, B., Almasy, L., Bierut, L., Goate, A., Wang, J. C., Dick, D. M., Hinrichs, A., Kwon, J., Rice, J. P. (2004). Linkage and linkage disequilibrium of evoked EEG oscillations with CHRM2 receptor gene polymorphisms: implications for human brain dynamics and cognition. *International Journal of Psychophysiology*, 53, 75–90.
- Kairouz, S., Gliksman, L., Demers, A., Adlaf, E. M. (2002). For all this reasons, I do... drink: A multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 600–8.
- Kalapos M. (2007). *Bevezetés az alkoholológiába*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235–85.
- Kandel, D. B., Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660–6.
- Kanfer, F. H. (1986). Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In Miller, W. R., Heather, R. N. (szerk.) *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*. New York: Plenum. 29–47.



- Kassel, J. D., Jackson, S. I., Unrod, M. (2000). Generalized expectancies and personality in young adults' illicit drug use, heavy drinking and risky sexual behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 1–22.
- Katona I. (2007). Az addikció neurobiológiai alapja. In Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai I*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 297–312.
- Kaysen, D., Dillworth, T. M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. E., Resick, P. A. (2007). Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1272–83.
- Keeling, R. P. (2002). Binge drinking and the college environment. *Journal of American College Health*, 50, 197–201.
- Keltikangas-Järvinen, L., Elovainio, M., Kivimäki, M., Lichtermann, D., Ekelund, J., Peltonen, L. (2003). Association between the type 4 dopamine receptor gene polymorphism and novelty seeking. *Psychosomatic Medicine*, 65, 471–6.
- Kerr-Correa, F., Igami, T. Z., Hiroce, V., Tucci, A. M. (2007). Patterns of alcohol use between genders: A cross-cultural evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 102(3), 265–75.
- Kessel, N., Walton, H. (1965). *Alcoholism*. Harmondsworth: Pelican.
- Khantzian, E. J. (1975). Self selection and progression in drug dependence. *Psychiatry Digest*, 36, 19–22.
- Khantzian, E. J., (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–64.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., McAuliffe, W. E. (1990). *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers*. New York: Guilford.
- Khantzian, E. J., (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231–44.
- Khantzian, E. J. (1999). *Treating Addiction as a Human Process: A Plea for a Measure of Marginality*. New York: Jason Aronson.
- Klatsky, A. L., Armstrong, M. A., Friedman, G. D. (1992). Alcohol and mortality. *Annals of Internal Medicine*, 117, 646–54.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- Koob, G. F., Le Moal, M. (1997). Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278, 52–8.
- Koob, G. F., Sanna, P. P., Bloom, F. E. (1998). Neuroscience of addiction. *Neuron*, 21(3), 467–76.
- Kopp M., Skrabski Á. (2003). Vallásosság és lelki egészség. *Távlatok*, 59, 8–18.
- Kouvonen, A., Lintonen, T. (2002). Adolescent part-time work and heavy drinking in Finland. *Addiction*, 97(3), 311–8.

- Környei E., Kassai-Farkas Á. (2009). Alkoholfogyasztás és következményes egészségkárosodások. In Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai II.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 63–88.
- Kuntsche, E. (2001). Radikalisierung? Ein Interpretationsmodell jugendlichen Alkoholismus von 1986 bis 1998 in der Schweiz. *Sucht*, 47(6), 393–403.
- Kuntsche, E., Rehm, J., Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59, 113–27.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841–61.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., Engels, R. (2006). Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive Behaviors*, 31, 1844–57.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Engels, R., Gmel, G. (2007a). Drinking motives as mediators of the link between alcohol expectancies and alcohol use among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 76–85.
- Kuntsche, E. (2007b). *Tell me... Why Do You Drink? A Study of Drinking Motives in Adolescence*. Lausanne: SFA-ISPA Press.
- Kuntsche, E., Von Fischer, M., Gmel, G. (2008). Personality factors and alcohol use: A mediator analysis of drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 45(8), 796–800.
- Kuntsche, E., Kuntsche, S. (2009). Development and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised Short Form (DMQ-R-SF). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 899–908.
- Kuntsche, E., Kuntsche, S., Knibbe, R., Simons-Morton, B., Farhat, T., Hublet, A., Bendtsen, P., Godeau, E., Demetrovics Zs. (2011). Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: Evidence from 23 European and North American countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(2), 152–8.
- Kuo M., Wechsler H., Greenberg P., Lee H. (2003). The marketing of alcohol to college students. The role of low prices and special promotions. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 204–11.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685–95.
- Kushner, M. G., Sher, K. J. (1993). Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history on alcoholism. *Addictive Behaviors*, 18, 543–52.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 457–76.
- Labouvie, E., Bates, M. E. (2002). Reasons for alcohol use in young adulthood: Validation of a three-dimensional measure. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 145–55.



- Lajtai L. (2007). Az alkoholhasználat és az alkoholfüggőség. Miért éppen az alkohol? In Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai I.* Budapest: Eötvös kiadó. 84–90.
- Laukannen, E. R., Shemeikka, S. L., Viinanmäki, H. I., Pölkki, P. L., Lehtonen, J. O. (2001). Heavy drinking is associated with more severe psychosocial dysfunction among girls than boys in Finland. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 270–7.
- Lehavot, K., Stappenbeck, C. A., Luterek, J. A., Kaysen, D., Simpson, T. L. (2013). Gender differences in relationships among PTSD severity, drinking motives and alcohol use in a comorbid alcohol dependence and PTSD sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, Epub.
- Lennings, C. J. (1999). Evaluation of the Leeds Dependence Questionnaire. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8, 73–87.
- Leppanen K., Sullstrom, R., Suoniemi, I. (2001). *The Consumption of Alcohol in Fourteen European Countries*. Helsinki: Stakes.
- Lesch, O. M., Walter, H. (1995). Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 1–5.
- Lewis, B. A., O'Neill, H. K. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 25(2), 295–9.
- Lewis, M. A., Hove, M. C., Whiteside, U., Lee, C. M., Kirkeby, B. S., Oster-Aaland, L., Neighbors, C., Larimer, M. E. (2008). Fitting in and feeling fine: Conformity and coping motives as mediators of the relationship between social anxiety and problematic drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 58–67.
- Linehan, M. M. (2010). *A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Lintonen, T., Rimpelä, M., Vikat, A., Rimpelä, A. (2000). The effect of societal changes on drunkenness trends in early adolescence. *Health Education Research*, 15(3), 261–9.
- Littlefield, A. K., Sher, K. J., Wood, P. K. (2010). Do changes in drinking motives mediate the relation between personality change and „maturing out” of problem drinking? *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 93–105.
- Lo, C. C. (1995). Gender differences in collegiate alcohol abuse. *Journal of Drug Issues*, 25, 817–36.
- Loukas, A., Krull, J. L., Chassin, K., Carle, A. C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high-risk sample. *Journal of Personality*, 68(6), 1153–75.
- Luce, K. H., Engler, P. A., Crowther, J. H. (2007). Eating disorders and alcohol use: Group differences in consumption rates and drinking motives. *Eating Behaviors*, 8(2), 177–84.
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., Kelley, M. E. (2000). An empirical investigation of the factor structure of the AUDIT. *Psychological Assessment*, 12, 346–53.
- Maney, D. W. (1990). Predicting university students' use of alcoholic beverages. *Journal of College Student Development*, 31, 23–32.

- Marlatt, G. A., Demming, B., Reid, J. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 233–41.
- Marlatt, G. A. (1976). Alcohol, stress and cognitive control. In Sarason, I. G., Spielberger, C. D. (szerk.) *Stress and Anxiety*. Washington: Hemisphere. 271–96.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Martin, C. M., Hoffmann, M. A. (1993). Alcohol expectancies, living environment, peer influence and gender: A model of college-student drinking. *Journal of College Student Development*, 34, 206–11.
- Mazzardis, S., Vieno, A., Kuntsche, E., Santinello, M. (2010). Italian validation of the Drinking Motives Questionnaire Revised Short Form (DMQ-R-SF). *Addictive Behaviors*, 35(10), 905–8.
- Mäkelä, K., Mustonen, H. (2000). Relationship of drinking behavior, gender and age with reported negative and positive experiences related to drinking. *Addiction*, 95(5), 727–36.
- Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., Room, R. (2005). Drinking and gender differences in drinking in Europe. A comparison of drinking patterns in European countries. In Bloomfield, K. (szerk.) *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-National Study*. Berlin: Charité Universitätsmedizin.
- McCabe, S. E. (2002). Gender differences in collegiate risk factors for heavy episodic drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 49–56.
- McCarty, D., Kaye, M. (1984). Reasons for drinking: Motivational patterns and alcohol use among college students. *Addictive Behaviors*, 9(2), 185–8.
- McCrae, R. R., John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175–215.
- McNally, A. M., Pálfi, T. P., Levine, R. V., Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking related problem among young adults. The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115–27.
- Measham, F. (1996). The „big bang” approach to sessional drinking: Changing patterns of alcohol consumption amongst young people in North West England. *Addiction Research Theory*, 4, 283–99.
- Meyer, T. D., McDonald, J. L., Douglas, J. L., Scott, J. (2012). Do patients with bipolar disorder drink alcohol for different reasons when depressed, manic or euthymic? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 926–32.
- Mezquita, L., Stewart, S. H., Ibanez, M. I., Ruiperez, M. A., Villa, H., Moya, J., Oret, G. (2011). Drinking motives in clinical and general populations. *European Addiction Research*, 17(5), 205–61.
- Michalak, L., Trocki, K., Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: How important is religion for abstention and drinking? *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2–3), 268–80.

- Miller, J. D., Gfroerer, J. C., Brewer, R. D., Naimi, T. S., Mokdad, A., Giles, W. H. (2004). Prevalence of adult binge drinking. A comparison of two national surveys. *American Journal on Preventive Medicine*, 27(3), 197–204.
- Morey, L. C. (1996). Patient placement criteria: Linking typologies to managed care. *Alcohol Health & Research World*, 20(1), 36–40.
- Morris, E. P., Stewart, S. H., Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 25, 734–60.
- Mueser, K. T., Nishith, P., Tracy, J. I., Degirolamo, J., Molinaro, M. (1995). Expectations and motives for substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), 367–78.
- Mullahy, J., Sindelar, J. L. (1996). Employment, unemployment and problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(1), 49–56.
- Mullen K., Francis L. J. (1995). Religiosity and attitudes towards drug use among Dutch school children. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41, 16–25.
- Murgraff, V., Parrott, A., Bennett, P. (1999). Risky single-occasion drinking amongst young people – Definitions, correlates, policy and intervention: A broad overview of research findings. *Alcohol and Alcoholism*, 34(1), 3–14.
- Muthén, B. O., Muthén, L. K. (2000). The development of heavy drinking and alcohol-related problems from ages 19 to 37 in a U.S. national sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 290–300.
- Muthén, B. O. (2001). Latent variable mixture modeling. In Marcoulides, G. A., Schumacher, R. E. (szerk.) *New Developments and Techniques in Structural Equation Modeling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1–33.
- Muthén, L. K., Muthén, B. O. (2007). *Mplus User's Guide (5th ed.)*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nagoshi, C. T., Nakata, T., Sasano, K., Wood, M. D. (1994). Alcohol norms, expectancies, reasons for drinking and alcohol use in a U.S. versus a Japanese college sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(3), 671–8.
- Naimi, T. S., Brewer, R. D., Miller, J. W., Okoro, C., Mehotra, C. (2007). What do binge drinkers drink? Implications for alcohol control policy. *American Journal of Prevention Medicines*, 33(3), 188–93.
- Naimi, T. S. (2009). Vital signs: Binge drinking among high school students and adults. *JAMA*, 289(1), 70–5.
- Netter, P., Rammsayer, T. (1991). Reactivity to dopaminergic drugs and aggression-related personality traits. *Personality and Individual Differences*, 12, 1009–17.
- Németh Zs., Urbán R., Farkas J., Kuntsche, E., Demetrovics Zs. (2012). Az Alkoholfogyasztás motivációi módosított kérdőív hosszú és rövid változatának hazai alkalmazása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4), 673–94.

- Nishith, P., Mueser, K. T., Srsic, C. S., Beck, A. T. (1997). Expectations and motives for alcohol use in a psychiatric outpatient population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(10), 622–6.
- Nishith, P., Resick, P. A., Mueser, K. T. (2001). Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 469–79.
- Noble, E. P. (2000). Addiction and its reward process through polymorphisms of the D2 dopamine receptor gene: A review. *European Psychiatry*, 15(2), 79–89.
- Nolen-Hoeksema, S., Hilt, L. (2006). Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems. *Journal of General Psychology*, 133(4), 357–74.
- Norberg, M. M., Norton, A. R., Olivier, J., Zvolensky, M. J. (2010). Social anxiety, reasons for drinking, and college students. *Behavior Therapy*, 41(4), 555–66.
- Nunnally, J. C., Bernstein I. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw2Hill.
- Odo, J., McQuiller, L., Stretsky, P. (1999). An empirical assessment of the impact of RIT's student alcohol policy on drinking and binge drinking behavior. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 44(3), 49–67.
- Olds, J., Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47, 419–27.
- Olds, J. (1956). Pleasure centers in the brain. *Scientific American*, 195, 105–16.
- O'Hare, T. M., Sherrer, M. V. (1997). Drinking problems, alcohol expectancies, and drinking context in college first offenders. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 43, 31–45.
- O'Malley, P. M., Johnston, L. D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 23–9.
- O'Neill, S., Sher, K. J. (2000). Physiological alcohol dependence symptoms in early adulthood: A longitudinal perspective. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 493–508.
- Patock-Peckham, J. A., Hutchinson, G. T., Cheong, J., Nagoshi, C. T. (1998). Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 81–8.
- Peele S. (1987). A moral vision of addiction: How people's values determine whether they become and remain addicts. *Journal of Drug Issues*, 17, 187–215.
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol*, Supp14, 91–100.
- Péley B. (2002). *Rítus és történet: Beavatás és kábítószeres létezés mód.* Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- Piazza, N. J., Vrbka, J. L., Yeager, R. D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *International Journal of Addictions*, 24(1), 19–28.

- Pikó B. (1999). A vallás és az egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése. *Szociológiai Szemle*, 9(4), 124–33.
- Pikó B. (2002). *Egészségtudatosság serdülőkorban. Középiskolások kockázati magatartásának és kockázatészlelésének egészségpszichológiai elemzése*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Pikó B. (2003). Vallásosság és káros szenvedélyek a fiatalok körében. *Addictologia Hungarica*, 1, 53–64.
- Pikó B., Fitzpatrick, K. M. (2004). Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095–107.
- Pikó B. (2007). A devianciák szociológiai és szociálpszichológiai modelljei. In Demetrovics Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai I*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 357–78.
- Pikó B. (2010). Szegedi ifjúsággutatás 2000–2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében. In Pikó B. (szerk.) *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Budapest: L'Harmattan. 39–54.
- Pjatnyickaja, I. N. (1997). A narkotizmus fejlődése a múltban és a jelenben. Szendélybetegségek. *Addictologia Hungarica*, 5(5), 330.
- Plant, M. A., Bagnall, G., Foster, J. (1990). Teenage heavy drinkers: Alcohol-related knowledge, beliefs, experiences, motivation and the social context of drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 25(6), 691–8.
- Plant, M., Plant, M. A., Mason, W. (2002). People who enjoy drinking: Findings from a survey of British adults. *The Drug and Alcohol Professional*, 2(4), 26–37.
- Plant, M. A., Plant, M. (2006). *Binge Britain. Alcohol and the National Response*. New York: Oxford University Press.
- Pollock, V. E., Earleywine, M., Gabrielli, W. F. (1995). Personality and EEG beta in older adults with alcoholic relatives. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 19, 37–43.
- Porjesz, B., Rangaswamy, M., Kamarajan, C., Jones, K. A. (2005). The utility of neurophysiological markers in the study of alcoholism. *Clinical Neurophysiology*, 116, 993–1018.
- Quickfall, J., El-Guebaly, N. (2006). Genetics and alcoholism: How close are we to potential clinical applications? *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 461–7.
- Quigley, L. A., Marlatt, G. A. (1996). Drinking among young adults: Prevalence, patterns and consequences. *Alcohol, Health & Research World*, 20(3), 185–91.
- Rangaswamy, M., Porjesz, B., Chorlian, D. B., Wang, K., Jones, K. A., Bauer, L. O., Rohrbaugh, J., O'Connor, S. J., Kuperman, S., Reich, T., Begleiter, H. (2002). Beta power in the EEG of alcoholics. *Biological Psychiatry*, 52, 831–42.
- Read, J. P., Wood, M. D., Kahler, C. W., Maddock, J. E., Palfai, T. P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 13–23.



- Reinert, D. F., Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272–9.
- Reis, J., Riley, W. L. (2000). Predictors of college students' alcohol consumption: Implications for student education. *The Journal of Genetic Psychology*, 16(3), 282–91.
- Robbins, T. W., Everitt, B. J. (1996). Neurobehavioral mechanisms of reward and motivation. *Current Opinions in Neurobiology*, 6, 228–36.
- Room, R. (1985). Dependence and society. *British Journal of Addiction*, 80, 133–9.
- Room, R. (2004). Drinking and coming of age in a cross-cultural perspective. In Bonnie, R. J., O'Connell, M. E. (szerk.) *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: National Academy Press. 654–77.
- Satorra, A., Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In Von Eye, A., Clogg, C. C. (szerk.) *Latent Variables Analysis: Applications for Developmental Research*. Thousand Oaks, CA: Sage. 399–419.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804.
- Schall, M., Weede, T. J., Maltzman, I. (1991). Predictors of alcohol consumption by university students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 37(1), 72–80.
- Schelleman-Offermans, K., Kuntsche, E., Knibbe, R. A. (2011). Associations between drinking motives and changes in adolescents alcohol consumption: A full cross-lagged study. *Addiction*, 106, 1270–8.
- Schlaff, G., Walter, H., Lesch, O. M. (2011). The Lesch alcoholism typology – psychiatric and psychosocial treatment approaches. *Annals of Gastroenterology*, 24, 89–97.
- Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., Bachmann, J. G., Wadsworth, K. M., Johnston, L. D. (1996a). Getting drunk and growing up: Trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 289–304.
- Schulenberg, J. E., Wadsworth, K. M., O'Malley, P. M., Bachmann, J. G., Johnston, L. D. (1996b). Adolescent risk factors for binge drinking during the transition to young adulthood: Variable- and pattern-centered approaches to change. *Developmental Psychology*, 32, 659–74.
- Schulenberg, J. E., Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 3(14), 54–70.
- Schulteis, G., Koob, G. (1994). Dark side of drug dependence. *Nature*, 371, 108–9.
- Sebestyén E., Németh Á. (2007). Alkoholfogyasztási szokások. In Németh Á. (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének nemzeti jelentése*. Budapest: Országos Gyermkegészségügyi Intézet. 81–7.

- Sher, K. J., Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: Alcoholism and antisocial personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 92–102.
- Sher, K. J., Trull, T. J., Bartholow, B. D., Vieth, A. Personality and alcoholism: Issues, methods, and etiological processes. (1999). In Leonard, E., Blane, H. (szerk.) *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press. 54–105.
- Sher, K. J., Trull, T. J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 25–9.
- Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B. (2000). Comparison of motives for marihuana and alcohol use among experienced users. *Addictive Behaviors*, 25(1), 153–160.
- Skultéti D., Pikó B. (2006). Fiatalkori alkoholfogyasztás: a szocioökonómiai háttér és a szociális hatások szerepe. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7(2), 75–94.
- Smith, G. T., Goldman, M. S., Greenbaum, P. E., Christiansen, B. D. (1995). Expectancy for social facilitation from drinking: The divergent paths of high expectancy and low expectancy adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 32–40.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Stewart, S. H., Zeitlin, S. B. (1995). Anxiety sensitivity and alcohol use motives. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(3), 229–40.
- Stewart, S. H., Zeitlin, S. B., Samoluk, S. B. (1996). Examination of a three-dimensional drinking motives questionnaire in a young adult university student sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34(1), 61–71.
- Stewart, S. H., Karp, J., Phil, R. O., Peterson, R. A. (1997). Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse*, 9, 223–40.
- Stewart, S. H., Devine, H. (2000). Relations between personality and drinking motives in young adults. *Personality and Individual Differences*, 29, 495–511.
- Sstewart, S. H., Loughlin, H. L., Rhyno, E. (2001). Internal drinking motives mediate personality domain – drinking relations in young adults. *Personality and Individual Differences*, 30, 271–86.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26(2), 274–96.
- Stewart, S. H., Mitchell, T. L., Wright, K. D., Loba, P. (2004). The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(1), 51–68.
- Stewart, S. H., Morris, E., Mellings, T., Komar, J. (2006). Relations of social anxiety variables to drinking motives, drinking quantity and frequency, and alcohol-related problems in undergraduates. *Journal of Mental Health*, 15, 671–82.
- Strack, F., Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behaviour. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220–47.



- Strack, F., Werth, L., Deutsch, R. (2006). Reflective and impulsive determinants of consumer behaviour. *Journal of Consumer Psychology*, 16(3), 205–16.
- Theakston, J. A., Stewart, S. H., Dawson, M. Y., Knowlden-Loewen, S. A. B., Lehman, D. R. (2004) Big-Five personality domains predict drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 37, 971–84.
- Thush, C., Wiers, R. W. (2007). Explicit and implicit alcohol-related cognitions and the prediction of future drinking in adolescents. *Addictive Behaviors*, 32, 1367–83.
- Thush, C., Wiers, R. W., Ames, S. L., Grenard, J. L., Sussman, S., Stacy, A.W. (2008). Interactions between implicit and explicit cognition and working memory capacity in the prediction of alcohol use in at-risk adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 116–24.
- Tien, A. Y., Schlaepfer, T. E., Fisch, H. U. (1998). Self-reported somatization symptoms associated with risk for extreme alcohol use. *Archives of Family Medicine*, 7(1), 33–7.
- Topel, H. (1989). Endogene Opiate und Alkoholismus. In Scheid, H. W., Heimann, H., Mayer, K. (szerk.) *Der Chronische Alkoholismus*. Stuttgart: Fischer. 185–202.
- Town, T., Schinka, J., Tan, J., Mullan, M. (2000). The opiodi receptor system and alcoholism: A genetic perspective. *European Journal of Pharmacology*, 410, 243–8.
- Tragesser, S. L., Sher, K. J., Trull, T. J., Park, A. (2007). Personality disorder symptoms, drinking motives, and alcohol use and consequences: Cross-sectional and prospective mediation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(3), 282–92.
- Treisman, K. A., Beck, K. H. (1996). Adolescent gender differences in alcohol problem behaviors and the social contexts of drinking. *Journal of School Health*, 66(8), 299–304.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235–53.
- Turissi, R., Wiersma, K. A., Hughes, K. K. (2000). Binge-drinking-related consequences in college students: Role of drinking beliefs and mother-teen communications. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(4), 342–55.
- Urbán R., Czeglédi E., Kovács K., Kelemen A. (2008a). A szenzoros élménykeresés összefüggése az alkoholfogyasztással, és az alkohollal kapcsolatos elvárásokkal középiskolások körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63(3), 497–516.
- Urbán, R., Kökönyei, G., Demetrovics, Zs. (2008b). Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 33, 1344–52.
- Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, Gy., Unoka, Zs., Felvinczi, K., Oláh, A., Demetrovics, Zs. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) as a non-clinical community sample. *Psychiatry Research*, 216, 146–54.
- Vaillant, P. M., Scanlan, P. (1996). Personality, living arrangements and alcohol use by first year university students. *Journal of Social Behavior and Personality*, 24, 151–6.

- Verheul, R., Hartgers, C., Van Den Brink, W., Koeter, M. W. J. (1998). The effect of sampling, diagnostic criteria and assessment procedures on the observed prevalence of DSM-III-R personality disorders among treated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 227–36.
- Verheul, R., Van den Brink, W., Gerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 34(2), 197–222.
- Vik, P., Carrello, P., Tate, S., Field, C. (2000). Progression of consequences among heavy-drinking college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2), 91–101.
- Viner, R. M., Taylor, B. (2006). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: Findings from a UK national birth cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 902–7.
- Virkunnen, M., Linnoila, M. (1993). Serotonin in personality disorders with habitual violence and impulsivity. In Hodgins, S. (szerk.) *Mental disorders and crime*. Newbury Park, CA: Sage. 227–43.
- Vollrath, M., Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, 32, 1185–97.
- Walters, S. T., Bennett, M. E., Noto, J. V. (2000). Drinking on campus. What do we know about reducing alcohol use among college students? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 223–8.
- Webb, J. A., Getz, J. G., Baer, P. E., McKelvey, R. S. (1999). Intentions to use alcohol among fifth and sixth graders: The roles of social and stress/coping motives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(4), 541–7.
- Wechsler, H., Dowall, G. W., Davenport, A., Castillo, S. (1995a). Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85, 921–6.
- Wechsler, H., Dowall, G. W., Davenport, A., Rimm, E. B. (1995b). Gender-specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85(7), 982–5.
- Wechsler, H., Kuo, M. (2000). College students define binge drinking and estimate its prevalence: Results of a national survey. *Journal of American College Health*, 49(2), 57–64.
- Weinberger, D. A., Bartolomew, K. (1996). Social-emotional adjustment and patterns of alcohol use among young adults. *Journal of Personality*, 64(2), 495–527.
- Whisman, M.A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 638–43.
- Wiers, R. W., van Woerden, N., Smulders, F. T. Y., de Jong, P. J. (2002). Implicit and explicit alcohol-related cognition in heavy and light drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 648–58.
- Wiers, R. W., van de Liutgaarden, J., van den Wildenberg, E., Smulders, F. T. Y. (2005). Challenging implicit and explicit alcohol-related cognitions in young heavy drinkers. *Addiction*, 100, 806–19.
- Wiers, R. W., Bartholow, B. D., van den Wildenberg, E., Thush, C., Engels, R. C., Sher, K. J., Grenard, J., Ames, S. L., Stacy, A. W. (2007). Automatic and controlled processes and the

development of addictive behaviors in adolescents: A review and a model. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86(2), 263–83.

Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Ahlstrom, S., Bondy, S., Csémy, L., Ferrence, R., Ferris, J., Fleming, J., Graham, K., Greenfield, T. K., Guyon, L., Haavio-Mannila, E., Kellner, F., Knibbe, R. A., Kubicka, L., Loukomskaja, M., Mustonen, H., Nadeau, L., Narusk, A., Neve, R., Rahav, G., Spak, F., Teichman, M., Trocki, K., Webster, I., Weiss, S. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: Cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251–65.

Wilson, T. M. (2005). *Drinking Cultures. Alcohol and Identity*. Oxford: Berg Publishers.

Windle, M., Barnes, G. M. (1988). Similarities and differences in correlates of alcohol consumption and problem behaviors among male and female adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 23, 707–28.

Windle, M., Windle, R. C. (2012). Testing the specificity between social anxiety disorder and drinking motives. *Addictive Behaviors*, 37(9), 1003–8.

Winterer, G., Smolka, M., Samochowiec, J., Ziller, M., Mahlberg, R., Gallinat, J., Rommelspacher, H. P., Herrmann, W. M., Sander, T. (2003). Association of EEG coherence and an exonic GABA(B)R1 gene polymorphism. *American Journal of Medical Genetics*, 117B(1), 51–6.

Wise, R. A., (1980). Actions of drugs of abuse on the brain reward systems. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 13, 213–23.

Woerle, S., Roeber, J., Landen M. G. (2007). Prevalence of alcohol dependence among excessive drinkers in New Mexico. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31(2), 293–8.

World Health Organization (2013). Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013. 7–11.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(4), 820–43.

Wurmser, L. (1995). *The hidden dimension. Psychodynamics of compulsive drug use*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, Inc.

Yamaguchi, K. (1990). Drug use and its social covariates from the period of adolescence to young adulthood: Some implications from longitudinal studies. *Recent Developments in Alcoholism*, 8, 125–43.

Young, R., Oei, T. P., Knight, R. G. (1990). The tension reduction hypothesis revisited: An alcohol expectancy perspective. *British Journal of Addiction*, 85, 31–40.

Zimmerman, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C., Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211–22.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

